Ueber die für die operative Behandlung der Pyosalpinx maassgebenden Gesichtspunkte nebst casuistischen Beiträgen.

INAUGURAL-DISSERTATION

der

medicinischen Facultät

der

Kaiser-Wilhelms-Universität Strassburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

Hans Luce

approb. Arzt

aus **Hamburg.**

STRASSBURG i. E.
Buchdruckerei C. Gœller, Magdalenengasse 20.
1893.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Strassburg.

Der Dekan: **Geh. Rath Prof. Dr. Naunyn.**

Referent: **Prof. Dr. Freund.**

Verglichen mit dem mächtigen Aufschwung, den die operative Gynækologie in den letzten Jahrzehnten genommen hat, erscheint die Zeit verhältnissmässig kurz, seit welcher sie auch die Behandlung der Pyosalpinx in ihren Bereich gezogen hat.

Die erste zielbewusst ausgeführte Salpingotomie rührt von Hegar[1]) aus dem Jahre 1877 her; seitdem mehrten sich allmählich die sporadischen Mitteilungen über diesenGegenstand, aber erst seit dem Jahre 1884 wurde dasThema Pyosalpinx regelmässig vor das gynækologische Forum zur Discussion gezogen. Der Grund hierfür mag darin zu suchen sein, dass dieser Krankheitszustand klinisch vielfach gar nicht als solcher erkannt, sondern ohne weiteres unter der Rubrik perimetritisches oder parametritisches Exsudat registriert wurde.

Es sei gestattet, hier kurz die lehrreiche Beobachtung einzuschalten, dass man neuerdings französischerseits in das entgegengesetzte Extrem gefallen ist, indem in Frankreich und auch in Amerika Neigung besteht, eine Para- oder Perimetritis sui generis ganz zu negieren und die als solche gedeuteten Befunde auf Erkrankung der Adnexe zurückzuführen: Terrillon[2]) bezieht auf Grund einiger Laparotomiebefunde jene bei grossen parametritischen Exsudaten oberhalb des lig. Ponpartii fühl-

[1]) Hegar, Kastration der Frauen, 1878, p. 137.

[2]) Terrillon, De la salpingo-ovarite et du développement du plastron abdominal. Arch. de tocol. Mars 1890.

bare Resistenz, von den Franzosen plastron abdominal genannt, auf die daselbst fixierten und erkrankten Tuben resp. Ovarien.

Diese Anschauung ist natürlich absolut haltlos; es wird kaum ein Einwand gegen die Annahme möglich sein, dass jene als Tubenerkrankung angesprochenen parametritischen Exsudate dieser Gegend sicherlich auf einer falschen Deutung der thatsächlichen Verhältnisse basieren. Denn diese Hypothese Terrillon's ignoriert vollständig die Grund legende Arbeit W. A. Freund's, der in seiner „gynækologischen Klinik" nachgewiesen hat, dass die Ausbreitung der pathologischen Processe im Beckenbindegewebe auf bestimmten, anatomisch vorgeschriebenen Bahnen vor sich geht und dass diesen Processen typische klinische Bilder entsprechen; diese Hyopothese ignoriert ferner die pathologisch-anatomischen Thatsachen, wie sie in den Winkel'schen Tafeln überzeugend niedergelegt sind: sie darf also ohne weiteres mit Stillschweigen übergangen werden.

In den letzten Jahren haben sich nunmehr die Beobachtungen und Erfahrungen über die operativ behandelte Pyosalpinx derart angehäuft, dass es angebracht sein dürfte, die Gesichtspunkte zu fixieren, unter denen die operative Behandlung jetzt ausführbar und auszuführen ist.

Zunächst sollte man denken, dass der alte chirurgische Grundsatz „ubi pus, ibi evacua" hier mit Rücksicht auf die besonderen localen Verhältnisse so ohne weiteres nicht zu Recht bestehen kann. So einfach wie die Entfernung eines beliebigen anderen Eiterheerdes ist die Behandlung der Pyosalpinx nicht, und wenn auch heut zu Tage unter Beobachtung der nötigen antiseptischen und aseptischen Cautelen der Erfolg der Laparotomie, soweit die Operation an sich in Betracht kommt, mit voller Sicherheit garantiert werden kann, so ändert

das nichts an der Thatsache, dass die Laparotomie immerhin als ein schwerer Eingriff zu betrachten ist, der seine ganz bestimmten Indicationen fordert.

Es giebt auch unter den chirurgischen Encheiresen graduelle Verschiedenheiten, auf die äussere Verhältnisse bestimmend einwirken. In prognostischer Beziehung denke man nur an die Unterschiede einer Laparotomie, das eine Mal ausgeführt in einem primitiven Bauernhause, das andere Mal in einer wohl eingerichteten Klinik! Diese Operation kann eben mit Rücksicht auf ihren endgültigen Ausgang auf eine Reihe günstiger technischer wie äusserer Bedingungen und Umstände um ihrer selbst Willen nicht Verzicht leisten und schon daraus folgt, dass der Laparotomie gegenüber die Bauchorgane naturgemäss einer relativen operativen Immunität sich erfreuen. Der Respect, den das Cavum peritonei, als ein einziges grosses, in die Fläche ausgebreitetes Lymphgefässnetz, in der vorantiseptischen Periode genoss und auch heute noch mit Recht geniesst, mag Schuld daran gewesen sein, dass auch in unserem Zeitalter der Chirurg, der unter dem Schutze der Antisepsis und Asepsis sich erlauben darf, bis an die Grenze des Aeussersten zu gehen, erst noch Halt macht und sich die Indicationen zurecht legt, aus denen er sich mit gutem Gewissen die Berechtigung zur Eröffnung der Bauchhöhle ableitet. Mit jedem anderen gewöhnlichen Abscess macht man im Allgemeinen so viel Umstände nicht. Geradesowenig indessen wie ein Chirurg eine zum ersten Male sich manifestierende Perityphlitis gleich mit dem Messer behandeln wird, ebensowenig wird j e d e Pyosalpinx eine absolute Indication zur Operation abgeben können.

Aus diesen Gründen können die Forderungen

Tait's,[1]) Clarke's[2]), J. W. Taylor's[3]), Monprofit's[4]) und anderer nicht scharf genug verurteilt werden, Forderungen, die, in Kürze gesagt, darauf hinausgehen, in einer acuten Pyosalpinx oder der Diagnose einer Pyosalpinx überhaupt eine absolute Indication zur Laparotomie und zur Entfernung des erkrankten Teils zu sehen. Tait[5]) versteigt sich schliesslich sogar dahin, dass er im Princip für die doppelseitige Adnexenentfernung bei nur einseitiger Pyosalpinx sich ausspricht.

Ein solches Verlangen verdiente thatsächlich als Vandalismus an den Pranger gestellt zu werden. Heut zu Tage, wo überall das Bestreben einer möglichst conservativen Chirurgie als Resultat der mit dem furor operativus erzielten Erfolge gewonnen ist, wird man solchen apodiktischen Decreten, die noch so ein wenig vom Charakter der Sturm- und Drangperiode der Antiseptik an sich tragen, wenn sie auch aus der Feder verdienter und bewährter Operateure stammen, kaum mehr als historische Bedeutung vindicieren.

Es soll freilich nicht geleugnet werden, dass noch in allerneuester Zeit Schauta[6]) es ausgesprochen hat, dass nachweissbare Eiteransammlung in den Tuben nach seiner Ansicht unter jeder Bedingung eine Indication zur Operation abgiebt, ein Standpunkt, den, immerhin nicht

---

[1]) Lawson Tait. Edinb. med. Journ. March 1886.

[2]) Clarke. Verhandlungen d. internationalen Congresses. Berlin 1889.

[3]) J. W. Taylor. Lancet 1889, Sept. 21.

[4]) Monprofit. Étude chirurgicale sur les inflammations des organes génitaux internes de la femme. Paris 1888.

[5]) Tait. Edinb. med. journ. Juni 1887.

[6]) Schauta, Verhdlgn. d. 5. Vers. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. Breslau 1893.

ganz so schroff, Zweifel[1]) auch einnimmt. Gewiss haben die erwähnten Autoren bei der Beurteilung dieser Frage sich leiten lassen von den pathologischen Consequenzen, die eine Pyosalpinx haben kann und die in seltenen Fällen für die Trägerin letal werden können. So ergab in Leichtenstern's[2]) Fall die Section: Ruptur einer Pyosalpinx, secundäre septische Peritonitis, eitrige Lungen- und Lebermetastasen, eitrige Basilarmeningitis; aber es wäre sehr verkehrt, auf Grund dieses einzelnen, extrem seltenen Falles nun gleich die Forderung der unbedingten Operation jeder Pyosalpinx aufzustellen. Das ist doch ein Gesichtspunkt, von dem man sich in therapeutischer Beziehung kaum allzusehr beeinflussen lassen darf. Wenn man so will, giebt es überhaupt in dem ganzen grossen Gebiete der Pathologie keine Affection, die, so harmlos an sich sie auch wäre, nicht doch einmal unter besonderen Bedingungen zu letalen Folgen oder absoluter Functionsstörung führen könnte. Ein unschuldiger Gesichtsfurunkel kann, von den Gesichtsvenen in die sinus duræ matris fortgeleitet durch Pyämie oder Meningitis zum Tode führen; eine Gonorrhœ kann den Verlust beider Augen zur Folge haben oder durch Etablierung einer Endocarditis zum Ausgangspunkt für einen schweren Klappenfehler werden. Die Beispiele liessen sich noch häufen!

Wir dürfen daher mit gutem Recht behaupten, dass eine absolute Indication zur operativen Behandlung jeder Pyosalpinx durchaus nicht vorliegt; die Operation kann aber unter gewissen Bedingungen nötig werden, es sind somit nur relative Indicationen vorhanden.

---

[1]) Zweifel. Ueber Salpingo-Oophorektomie. Arch. f. Gyn. Bd. XXXIX.

[2]) Leichtenstern. Deutsch. med. Woch. 1889, p. 254.

Von ungemeinem Wert für den ganzen Gegenstand ist die fast von allen Autoren erwähnte und zugestandene Thatsache, dass einerseits eine Pyosalpinx überhaupt vollständig symptomlos verlaufen, dass sie andererseits aber auch ausheilen kann. Schon daraus geht hervor, wie wenig berechtigt man zur Aufstellung einer absoluten Indication ist.

Die pathologischen Veränderungen [1]) können innerhalb einer grossen Breite schwanken; bald sind sie nur durch leichte oberflächliche Erosionen, bald durch schwere destructive Veränderungen der Wandung gekennzeichnet und damit ist dann gleichzeitig auch das Urteil über die Function des Organes gesprochen. Es kann gar keinem Zweifel unterliegen, dass genau so wie die Volkmann'sche katarrhalische Form der Gonitis ohne Ankylosierung des Gelenkes, ohne Functionsstörung ausheilt, auch für analoge Pyosalpinxfälle dieser Heilungsmodus zu Recht besteht [2]); der Beweis lässt sich natürlich nicht streng führen, weil eben wegen der Ausheilung Residuen dieser Entzündung, die das erhärten könnten, nicht gefunden werden. Auch hat diese Vorstellung durchaus nichts gezwungenes, um so weniger, weil ein Abfluss der eitrigen Entzündungsproducte nach dem Uterus Cavum hin möglich ist. Zum Vergleich ziehe ich den Fall von Lediard [3]) heran, wo bei bestehender Pyosalpinx regelmässiger Eiterabfluss aus dem äusseren Muttermunde im speculum beobachtet wurde, sowie den Fall von Routier: [4]) au niveau du flanc

[1]) A. Martin u. Orthmann. Ueber Tubenerkrankung. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XIII.

[2]) Landau. Ueber Tubensäcke. Arch. f. Gyn. Bd. XI.

[3]) Lediard. Lancet 1884, sept. p. 492.

[4]) Routier. Ovarite et salpingite suppurées, Annal. de Gyn. Tome XXIX.

droit, tuméfaction notable; écoulement purulent se satisfaisant par l'orifice externe et augmentant, quand on exerçait une pression sur la tuméfaction située dans le flanc gauche.

Jedenfalls ist in der Hauptsache die Möglichkeit, ob eine Pyosalpinx ausheilen oder symptomlos bleiben wird, abhängig von der Intensität der Entzündung, ob katarrhalisch, ob eitrig, mit anderen Worten von der Qualität der Entzündungserreger. Die Virulenz [1]) der pathogenen Keime entscheidet, wenn ich so sagen darf, über die Malignität einer Pyosalpinx, sie entscheidet auch über die künftige funktionelle Brauchbarkeit, der Tube, indem es von dem Umfang der gesetzten Läsionen abhängig ist, ob die Function erhalten, erschwert oder unmöglich gemacht wird.

Der Eiter, dessen Consistenz bald dünnflüssig, bald rahmig, käsig oder bröcklig zerfallen ist, kann seine infektiösen Eigenschaften in mehr oder weniger hohem Grade bewahren, er kann allenfalls auch vollständig indifferent werden, sodass sein Ausfliessen [2]) in die Bauchhöhle nicht notwendigerweise verderbliche Folgen zu haben braucht. Je infectiöser der Tubeninhalt, um so leichter wird durch irgendwie entstandene Exacerbationen das Krankheitsbild der Pyosalpinx wieder zu einem acuteren gestaltet, um so mehr Neigung wird der pathologische Process besitzen, über die Tubenwandung hinaus auf das Beckenperitoneum überzugreifen, um es durch chronisch peritonitische Zustände oder in acuterer Form durch propagierende Beckeneiterung in Mitleidenschaft zu ziehen. Zweifel [3]) hat zuerst versucht durch eine

[1]) Zweifel. Ueber Salpingo-oophorektomie. Arch. f. Gyn. Bd. XXXIX.

[2]) Schröder. Handb. d. Krankh. d. weibl. Geschlechts-Org. 1890.

[3]) Zweifel, ibid.

Anzahl von Untersuchungen und Beobachtungen es wahrscheinlich zu machen, dass diese Verschiedenheit der Infection auch zu deutlich distincten klinischen Bildern führe, dass es prognostisch für die Folgezustände von grösster Bedeutung sei, ob Staphylo-Strepto- oder Gono-Coccen im speciellen Fall die Infectionserreger gewesen seien. Genau entgegengesetzt behauptet Schauta [1]), dass die Diagnose des Tubeninhalts vor der Operation weder durch Anamnese noch durch die Temperatur zu ermitteln sei. Prochownik [2]) kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu den Schlüssen, dass, je länger die letzte acute Erkrankung zurückliegt, um so sicherer ein Fehlen virulenter Mikroben in den Eitersäcken, ganz gleich welchen Inhalts und welcher Endursache, zu gewärtigen ist, dass ferner eine genaue Verfolgung der Operierten nachweist, dass eine völlig glatte Heilung allein bei denjenigen Frauen erfolgte, deren Tubensäcke sich keimfrei erwiesen.

Um also zu resümieren, so wird es, abgesehen von den anatomischen Verhältnissen, auf die W. A. Freund [3]) zuerst aufmerksam gemacht hat, im wesentlichen von der Qualität und der Intensität der Infection abhängig sein, ob eine Pyosalpinx ausheilen oder symptomlos bleiben kann. Immerhin ist die Zahl der Fälle, in denen eine Pyosalpinx symptomlos bleibt, doch verschwindend gegenüber jener grossen Zahl von purulenten Salpingitiden, die einmal stationär geworden, sei es in acuter oder subacuter, sei es in mehr chronischer Form der Ausgangspunkt für eine Unzahl von Beschwerden und Gefahren werden,

[1]) Schauta. Verhdlgn. d. 5. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Breslau 1893.

[2]) Prochownik. Ein Beitrag zur Kenntniss der Eileitersäcke. Deutsche med. Woch. 1893. No. 21.

[3]) W. A. Freund, Sammlung klin. Vorträge. Nr. 323.

auf deren Verschwinden oder Milderung erst zu rechnen ist, wenn die Frauen in das Klinakterium eingetreten sind.

Wunderbar ist dieses Verhalten eigentlich keineswegs. Wenn man bedenkt, dass ganz periodisch zu den Genitalien eine fluxionäre Hyperæmie stattfindet, die den ganzen Boden sozusagen auflockert, ihn in regelmässigen Intervallen von frischem durchfeuchtet, so erscheint es eigentlich selbstverständlich, dass Heerde, die der Genitalsphäre angehören, unter dem gewaltigen affluxus sanguinis exacerbieren. Das Gegenteil würde nur so gedeutet werden können, dass die in der Tube vorhandenen pathogenen Keime entweder abgestorben oder jedenfalls in ihrer Virulenz hochgradig abgeschwächt seien. Einen vortrefflichen Beleg dafür bietet der Hofmeier'sche [1]) Fall: ein junges Mädchen geht 2 Tage nach ihrer beschwerdelosen Periode ganz plötzlich ohne vorherige Störungen des Allgemeinbefindens unter den Erscheinungen einer Peritonitis zu Grunde. Die Section ergab eine rupturierte Pyosalpinx. Man wird nicht irre gehen in der Annahme, das der Eintritt der Menses die natürlich längst vorbereitete Katastrophe herbeigeführt habe.

In ähnlicher Weise wird neben den mechanischen Momenten die durch einen Coitus herbeigeführte vasomotorische Erregung auf eine bestehende Pyosalpinx einen schädlichen Einfluss ausüben.

Wenn also schon unter gewöhnlichen physiologischen Verhältnissen die periodischen vasomotorischen Vorgänge eine üble Beeinflussung oder einen perniciösen Verlauf einer vorhandenen Pyosalpinx veranlassen können, um wie viel leichter werden Gravidität, Geburt und Puerperium mit den gewaltigen revolutionären Umwälzungen,

[1]) Hofmeier, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1890. Bd. XIX, p. 328.

die sie im gesammten Organismus setzen, einen solchen Effect herbeizuführen im Stande sein? Noble[1]) hat einen solchen Fall mitgeteilt, wo unmittelbar post partum eine schwere letale Peritonitis auftrat; die Autopsie ergab eine grosse geplatzte Pyosalpinx. Ja, unter gewissen Bedingungen kann sogar ein an sich harmloses Trauma, eine kleine operative Manipulation am Genitalapparat, deletäre Folgen haben: so in dem von Playfair[2]) beobachteten Fall, wo eine Pyosalpinxruptur mit consecutiver finaler Peritonitis im Anschluss an die Entfernung eines Uteruspolypen auftrat.

Solche Fälle reden eine ernste Sprache und geben zu denken; aber glücklicherweise sind sie grosse Seltenheiten, und es kann niemals zugegeben werden, dass diese raren Fälle die Grundlage bilden sollen, auf welcher das Verlangen nach einer radicalen Operation jeder Pyosalpinx basiert wird. Dazu bedarf es erst noch ganz anderer Indicationen und Bedingungen, die teils von dem klinischen Symptomenbilde teils von topographisch-anatomischen Verhältnissen abhängig sind.

Klinisch sind im wesentlichen zwei grosse Gruppen auseinanderzuhalten, deren Symptome sich übrigens häufig mit einander combinieren: in dem einen Bilde überwiegen die Symptome der chronischen Pelviperitonitis[3]), in dem andern die des chronischen, bald acut bald subacut recidivierenden Abscesses.

In dem ersteren Falle ist als wesentlich ins Gewicht fallender Factor die Summe der subjectiven Beschwerden in Betracht zu ziehen. Dieselben können so hochgradig werden, dass die permanenten Schmerzen ein Stehen

[1]) Noble, Centralbl. f. Gyn. 1891, p. 855.

[2]) Playfair, Obst. Tr. 1889, p. 130.

[3]) Gusserow, Erfahrungen über Pyosalpinx. Arch. f. Gyn. Bd. XXXII.

und Gehen überhaupt gar nicht erlauben, damit sind mehr oder weniger heftige peritonitische Reizerscheinungen verbunden, der Coitus ist selbstverständlich vollständig unmöglich und die eintretenden Menses steigern diesen qualvollen Zustand bis ins Unerträgliche. Im zweiten Falle herrscht mehr das Bild der chronischen Eiterung vor, auch hier in grösserem oder geringerem Grade mit peritonitischen Reizerscheinungen vergesellschaftet, die Frauen kommen durch das hektische Fieber sehr herunter, verlieren den Appetit, magern ab, sind unfähig zu jeder Arbeit und jedem Lebensgenuss, kurz, werden möglicherweise dadurch an den Rand des Grabes gebracht. Heikler kann die Scene gelegentlich noch werden, wenn Perforationen in die anliegenden Organe erfolgen, in die Blase, das Rectum, den Dünndarm, durch die Bauchdecken[1]), schlimmsten Falls ins Cavum peritonei.

Noch verhängnissvoller kann sich das Bild gestalten, wenn der Eiter, statt durch Fistelbildung mit einem angrenzenden Organ sich einen Weg zu bahnen, seinen Ausweg zwischen die beiden Platten des lig. latum nimmt, ein Zustand, der von Landau mit dem Namen Pyocele perinterina belegt ist, oder wenn der Tubensack in Räume perforiert, die vorher durch adhæsive Entzündung nach allen Seiten abgeschlossen sind. Gelingt es schon oftmals an der Leiche nicht, unter solchen Umständen das wahrhaft maecandrische Convolut von Darmschlingen, Tuben, Ovarien zu entwirren und eine klare Vorstellung von der Ausbreitung des pathologischen Processes zu gewinnen, so lässt sich begreifen, wie compliciert und gefährlich eine solche Beckeneiterung werden kann und wie schwer zugänglich für die Therapie.

Dazu kommt noch, dass Frauen, die daranf ange-

[1]) Veit, Ueber Durchbruch von Pyosalpinx nach aussen. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XVI, p. 218 u. 410.

wiesen sind, durch körperliche Arbeit sich ihren Lebensunterhalt zu verdienen, ungleich mehr leiden als Frauen aus den besseren Ständen. Die ersteren werden infolgedessen meist auch sehr rasch arbeitsunfähig; werden sie dann expectativ behandelt, gehen unter der Behandlung die Erscheinungen wieder zurück, kann selbst die Arbeit wieder aufgenommen werden, so dauert es meist nur kurze Zeit und die alte Misere geht von neuem los, ein wahrer circulus vitiosus. Wenn unter solchen Umständen, wo es darauf ankommt, die Frauen dem Leben und der Arbeit zu erhalten, die Frage einer Operation erwogen wird, so wird dieses Moment in geeigneten Fällen die Indication zur Operation abgeben können.

Versucht man nun aus der Summe der Gefahren und der klinisch bedenklichen Symptome, die das Bestehen einer Pyosalpinx mit sich bringen kann, ein Resultat zu ziehen, so wird man im grossen und ganzen auch heute noch auf den Standpunkt von Kaltenbach[1]) sich stellen müssen, der eine bündige Indicationsstellung zur Zeit nicht für möglich hält, wenn man wenigstens unter dem Worte „bündig“ hier die Formulierung einzelner bestimmter Bedingungen versteht, unter denen die Operation statthaft ist. Die Forderung Tait's, Taylor's, Clarke's, Zweifel's, Schauta's, der französischen Autoren besonders Terrier's[2]), die dem blossen Vorhandensein einer Pyosalpinx an sich die Indication zur sofortigen Operation entnehmen wollen, ist auf Grund der thatsächlichen Verhältnisse absolut nicht gerechtfertigt und verdient von dem Standpunkte

[1]) Kaltenbach, Arch. f. Gyn. Bd. XXIX. Discussion zu Martins Vortrag über Tubenerkrankung.

[2]) Terrier, Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1890, p. 519.

der conservativen Chirurgie aus die schärfste Zurückweisung. Die Gefahren, welche schlimmsten Falls auch einmal aus dem Bestehen einer Pyosalpinx resultieren können, dürfen nicht als Maassstab angelegt werden bei der Frage, ob eine Operation in allen Fällen Berechtigung hat. Treffend richtet Landau[1]) an die Operateure, die diesen radicalen Standpunkt vertreten, die Worte: „Was würde man von einem Chirurgen sagen, der ein Glied einfach wegen einer Entzündung des Gelenkes oder wegen einer Osteomyelitis gleich amputierte, bevor andere conservative Methoden versucht sind?“

Der gleichen Anschauung haben sich Winckel,[2]) Schröder,[3]) Martin,[4]) neuerdings sehr energisch Mundé[5]) angeschlossen, sie perhorrescieren in den ersten Stadien der Erkrankung jedes radicale Verfahren und lassen nur relative Indicationen gelten. Aber dass dieses „relativ“ nicht mit dem zusammenfällt, was man schlechthin als bündig bezeichnet, ist klar und muss als eine Concession betrachtet werden, die der operativen Tendenz des Einzelnen im gegebenen Falle immerhin noch weiten Spielraum lässt: wo der eine vielleicht noch lieber warten würde, da glaubt ein anderer unbedingt sofort zur Operation schreiten zu müssen. Desshalb haben Statistiken für die Lösung dieser Frage nur einen bedingten Wert: sie erlauben wohl ein Urteil über die Güte der Technik und die Geschicklichkeit des betreffenden Operateurs, aber nicht über die Güte der

[1]) Ueber Tubensäcke, Arch. f. Gyn. Bd. XXXX.

[2]) Winckel. Lehrb. d. Frauenkrankh. 1892.

[3]) Schröder. Handb. d. Krankh. d. weibl. Geschlechts-Org. 1890.

[4]) Martin. Pathol. u. Therap. der Frauenkrankh. 1893.

[5]) Mundé. Amer. Journ. of Obst. July 92.

von demselben eingehaltenen Indicationen. Jeder Fall will individualisiert und im Rahmen der objectiven Befunde, der klinischen Erscheinungsformen betrachtet sein, und je grösser die diagnostische Fertigkeit, die persönliche Erfahrung, um so seltener wird sich vermutlich die Notwendigkeit zur Operation herausstellen; denn mit Aufstellung einer schematischen Formel: „Pyosalpinx, ergo Laparotomie“ würde gar nicht geholfen sein, und der einzige Effect würde der sein, dass damit einem indicationslosen Operieren Thür und Thor geöffnet würde.

Trotzdem lässt sich im Allgemeinen sagen, dass die Operation einer Pyosalpinx indiciert ist unter folgenden Bedingungen:

1. Wenn die Summe der subjectiven Beschwerden so gross ist, dass die Frauen dadurch dauernd arbeitsuntauglich und zu jedem Lebensgenuss unfähig gemacht sind,
2. wenn hektisches Fieber oder progressive Beckeneiterung die Pyosalpinx compliciert und das Krankheitsbild zu einem so ernsten gestaltet, dass das Leben durch Erschöpfung oder durch Aussicht auf Amyloid der Unterleibsorgane bedroht ist, somit indicatio vitalis besteht,
3. wenn primäre Tubentuberculose besteht.

Alle diese drei erwähnten Indicationen können indessen nur dann Anspruch auf unbedingte Gültigkeit erheben, wenn alle anderen sonst in Betracht kommenden therapeutischen Maassnahmen nach ausreichenden Versuchen und consequenter Anwendung resultatlos geblieben sind. Auch die dritte Indication kann, so paradox dieser Satz auch klingen mag, nur unter der gleichen Einschränkung zugegeben werden, aus dem einfachen Grunde, weil die Diagnose der primären Tubentuberculose auf viel zu schwachen Füssen steht, um in den

meisten Fällen ihr Bestehen auch nur wahrscheinlich zu machen. Theoretisch ist dieses Postulat selbstverständlich unanfechtbar: der Gynækologe thut hier mit demselben Rechte nur, was auch der Chirurg für sich in Anspruch nimmt, wenn er ein tuberculöses Gelenk reseciert. Hegar [1]) glaubt allerdings mit Sicherheit die Tubentuberculose diagnosticieren zu können aus der charakteristischen wurstförmigen Gestalt des Tubentumors, sowie aus umschriebenen, derben Anschwellungen, welche am medianen Abschnitt der Tube mit Vorliebe und ziemlicher Constanz sich finden. Aber der neueste Bearbeiter dieser Frage, Whitridge Williams [2]), kommt in seiner ganz vorzüglichen, erschöpfenden und casuistisch gründlichst durchgearbeiteten Abhandlung zu dem Schlusse: We consider that it is pratically impossible to diagnose tuberculosis of the tubes and ovaries by bimanual palpation alone, and attach no importance to the thickened and nodular condition of the uterine end of the tube, to which Hegar attaches so much importance; for a thickened condition of the uterine end of the tube is met with in many cases of pyosalpinx in which there is absolutely no trace of tuberculosis. (case 10.) — A *probable* diagnosis of tuberculosis of the tubes may be made in any case when in addition to distinct tubo-ovarian masses we are able to diagnose tubercular peritonitis.

Wenn also die Unsicherheit der Diagnose eine so grosse ist, dass in den meisten Fällen wenigstens die tuberculöse Pyosalpinx wegen wenig markanten Verhaltens weder objectiv noch klinisch scharf zu trennen

---

[1]) Hegar, Entstehung, Diagnose, chirurg. Behandlung der Genital-Tuberculose des Weibes. Stuttgart.

[2]) Whitridge Williams, Tuberculose of the female generative organs. 1892.

ist von einer Pyosalpinx aus anderer Ursache, so wird der operative Eingriff so lange aufgeschoben werden müssen, bis die Erfolglosigkeit der Therapie und die klinische Beobachtung einen specifischen Process wahrscheinlich machen.

Andererseits ist noch dreier Momente zu gedenken, welche im gegebenen Falle die Vornahme einer Operation befürworten würden: wenn nämlich die Pyosalpinx mit infantilem Habitus vergesellschaftet, wenn sie topographisch im kleinen oder grossen Becken derartig gelagert wäre, dass der chirurgische Eingriff, durch die Verhältnisse gewissermaassen von selber geboten, keine Gefahr mehr für das Leben der Patientin in sich schlösse und wenn die Pyosalpinx doppelseitig wäre. Was den ersten Punkt anlangt, so hat W. A. Freund [1]) in seiner bekannten Abhandlung überzeugend nachgewiesen, dass Frauen mit sogenanntem infantilem Habitus und in ihrer Entwicklung zurückgebliebenen Tuben in Bezug auf restitutio ad integrum eine schlechte, in Bezug auf Erhaltung von Gesundheit und Leben bedenkliche Vorhersage geben, dass eine unglückliche anatomische Prædisposition vorliegt, welche der Ausheilung des pathologischen Processes unüberwindliche Schranken entgegensetzt. Im Einzelfalle wird man also unter solchen Umständen weniger scrupulös sein und sich leichter zur Radicalbehandlung mit dem Messer entschliessen dürfen.

In gleichem Sinne würde eine Operation sich sogar empfehlen, wenn eine Pyosalpinx so hoch in das grosse Becken hinaufgestiegen wäre, dass sie der vorderen Bauchwand anliegend daselbst einen deutlich palpablen, fluctuierenden Tumor bildet, oder wenn sie umgekehrt

[1]) l. c.

im hinteren Laquear der hinteren Vaginalwand in gleicher Weise eng aufliegt. In solchen Fällen bietet die Operation, wenn ich so sagen darf, eine chirurgische Opportunität, und ebenso wenig wie man unter ähnlichen Verhältnissen Bedenken tragen würde, einen Leberabscess zu incidieren, wird man hier darauf verzichten wollen, auf bequeme und ungefährliche Art einen erreichbaren Eiterheerd aus dem Organismus auszuschalten.

Was den dritten Punkt angeht, so wird naturgemäss der Entschluss zur Operation um so leichter fallen, je sicherer der Nachweis der Doppelseitigkeit des Processes geliefert werden kann. Ganz abgesehen von den Gefahren, die hier gewissermaassen sich summieren, fordert gerade die absolute Trostlosigkeit der Prognose quoad functionem et sanationem in solchen Fällen zu einem operativen Vorgehen auf. Unter solchen Umständen ist, im Grunde genommen, nicht viel verloren, wenn man operiert, wohl aber allenfalls viel gewonnen.

Die Notwendigkeit einer conservativeren Behandlung der Pyosalpinx, als sie bisher üblich war, ist in letzterer Zeit mit ganz besonderem Nachdruck von Martin, Landau und Mundé[1]) hervorgehoben worden. Auch an der Strassb. Klinik ist dieses Princip maassgebend und der beste Beweis dafür ist wohl der, dass, obwohl die Strassburger Klinik an Quantität und Qualität des Materials den Vergleich mit den grössten deutschen Universitäten nicht zu scheuen braucht, es mir trotzdem nicht gelungen ist, in den klinischen Journalen der letzten 5 Jahre mehr als 16 Fälle von reiner Pyosalpinx aufzutreiben, die operativ behandelt sind. In jedem Falle wird je nach der Natur desselben zunächst die antiphlogistische oder Resorptions-Therapie

[1]) Mundé, Amer. Journ. of Obst. July 1892.

eingeschlagen. Ueberwiegen die Fiebererscheinungen, die acut peritonitischen Symptome, so wird mit Eis, Opium und entsprechender Diät vorgegangen, überwiegen die perimetritischen Symptome, so wird meist mit vorzüglichem Erfolge die von H. W. Freund inaugurierte Ichtyol-Glycerin-Therapie, verbunden mit Massage, Salzsitzbädern und innerlichem Gebrauch von Syr. Ferri iodat. eingeschlagen. Unter dieser Behandlung schrumpfen die Tubensäcke meist prompt, die subjectiven Beschwerden lassen sehr rasch nach und die Kranken können nach einigen Wochen Bettruhe geheilt entlassen werden; aber leider bringt sie nur zu oft das Recidiv wieder in die Klinik!

Ein Bedürfniss nach activeren Methoden hat sich dabei nie herausgestellt. Das Frankenhauser'sche[1]) Verfahren, das eine Entleerung der Tubensäcke durch Auspressen ihres Inhalts anstrebt, ist schon längst als lebensgefährlich bei Seite gethan. Auch das von Doléris[2]) empfohlene Verfahren, den Uterus durch Tamponade zu erweitern und drainieren, um dem Tubeninhalt Abfluss zu verschaffen, dürfte schwerlich weitere Verbreitung gewinnen. An sich ist der Gedanke gewiss sehr rationell, durch Uterustamponade diese Naturheilung unterstützen resp. erzwingen zu wollen, und noch neuerdings hat Gottschalck[3]) 2 auf diese Weise geheilte Fälle beschrieben; aber einmal ist das Verfahren unzuverlässig, weil das uterine Tubenostium sehr häufig verlegt ist, und zweitens ist es mit Rücksicht auf die Möglichkeit eines verderblichen Ausgangs zu gewaltsam und gefährlich, als dass seiner häufigeren Anwendung das Wort geredet werden könnte: die oben von mir mitgeteilten Fälle geben doch die beherzigenswerte Mah-

[1]) Handbuch der Frauenkrankheiten. Bd. II.

[2]) Doléris, Nouvelle Arch. d'obstit. et de Gyn. 1889.

[3]) Gottschalck, Deutsch. med. Wochenschr. 1889, p. 351.

nung, alles nicht gerade dringend nötige Manipulieren am Uterus zu unterlassen, sobald die Diagnose auf Eitersack einmal sicher ist.

Ebenso wenig kann die von Simpson eingeführte Punction der Pyosalpinx einer ernsten Kritik gegenüber Stand halten. Wie ein Empyema pleuræ durch blosse Punction in hundert Fällen neunundneunzig Mal nicht zur Ausheilung gebracht wird, sondern erst nach Rippenresection, breiter Incision und Drainage des Heerdes, aus ähnlichen Gründen besteht bei der blossen Punction einer Pyosalpinx Gefahr, dass Secretverhaltung stattfindet, dass die Abscesswände sich nicht auseinanderlegen können, kurz, dass der Sack in kurzer Frist sich wieder füllt. Soll also dem Eiter einmal Abfluss gegeben werden, so gewährleistet nur eine regelrechte chirurgische Intervention diesen Erfolg.

Wenden wir uns nun zu den operativen Maassnahmen, welche bei der operativen Behandlung der Pyosalpinx in Gebrauch sind, so müssen wir als obersten Grundsatz die Forderung aufstellen, dass für die Methode der Wahl ausschliesslich chirurgische Opportunitätsrücksichten maassgebend bleiben müssen, dass die Laparotomie eine Prärogative, wie sie ihr Lawson Tait[1]), Clarke[2]), Noble[3]), in bedingterer Form auch Pozzi[4]) und Terrier[5]) zuerkennen, durchaus nicht zu beanspruchen hat; nur eine einzige Ausnahme besteht hier, wenn es sich nämlich um Tubentuberculose handelt. Sollten hier selbst die günstigsten Chancen zu andern Methoden vorhanden sein, so wird man darauf doch verzichten, wie dies in der Natur der Sache liegt; es liegt hier eben nicht ein einfacher Eiterheerd,

[1]) [2]) [3]) l. c.

[4]) Traité de Gyn. clinique et opératoire. Paris 1890.

[5]) Terrier, l. c.

sondern ein specifisches Virusdepot vor, und eine andere als eine radicale Entfernung des Heerdes hätte da keinen Wert.

In allen anderen Fällen soll jedoch die Wahl der Operationsmethode ausschliesslich durch die objectiven Verhältnisse bestimmt werden. Es kann Tait und den erwähnten anderen Autoren nicht das Zugeständniss gemacht werden, dass principiell jede Pyosalpinx durch die Laparotomie behandelt werden soll, ebensowenig wie wir uns der Ansicht gewisser französischer Autoren, namentlich Segond's [1]) anschliessen können, welche ohne Rücksicht auf andere Factoren die Péan'sche Operation angewendet sehen wollen.

Alle solche Maximen leiden an dem Fehler der Einseitigkeit, indem sie zwar im gegebenen Falle eine präcise Entscheidung wesentlich vereinfachen, dafür aber auch von vorneherein individuelle Bedürfnisse unberücksichtigt lassen, und in erster Linie sollte doch stets die Frage der Zweckdienlichkeit einer Operation erörtert werden.

Vom chirurgisch-anatomischen Standpunkte aus betrachtet, kommen überhaupt nur vier Methoden in Betracht:

1. Die Laparotomie mit Exstirpation der Tubensäcke.
2. Die Laparotomie mit Annähung der Tubensäcke an die Bauchwand. Drainage derselben nach der Bauchwand, eventl. wenn im Einzelfalle möglich, gleichzeitig mit Drainage nach der Vagina hin.
3. Incision des Douglas mit Drainage nach der Vagina hin.
4. Die Péan'sche Operation.

[1]) Segond. Hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes. Paris. Annal. de Gyn. 1891, p. 213.

Wir müssen Pozzi[1]) Recht geben, wenn er die Laparotomie als die souveraine Methode bezeichnet und allen anderen Methoden einen nur relativen Wert zuerkennt. Denn sie allein bietet den schwerwiegenden Vorteil der besten Uebersicht über das ganze Operationsfeld, man braucht bei ihr nicht im Dunkeln zu arbeiten, und in zweifelhaften Fällen erlaubt sie eine Controlle evtl. eine Berichtigung der Diagnose. Dazu kommt, dass die Laparotomie, gerade verglichen mit der Péan'schen Operation, ein streng conservatives Vorgehen erlaubt, indem nur die wirklich erkrankten Teile fortgenommen zu werden brauchen und nichts mehr und nichts weniger.

Ihre Gefahren sind bei einigermaassen geschicktem Operieren eigentlich so hoch nicht anzuschlagen, sie sind nur nach drei Richtungen hin zu suchen, einmal in dem Ausfliessen von Eiter, zweitens in den Blutungen, drittens in den Verwachsungen mit den Nachbar-Organen.

Das Ausfliessen von Eiter kann bei vorsichtigem Manipulieren vermieden werden oder dem Ausfliessen in die Bauchhöhle meist durch untergelegte Schwämme vorgebeugt werden. Ist jedoch wirklich einmal Eiter in den Bauchraum geflossen, so braucht dieser Zwischenfall nicht notwendigerweise eine letale Peritonitis im Gefolge zu haben: in der grossen Mehrzahl der Fälle ist dieses Ereigniss irrelevant, aber Gusserow[2]) hat doch Fälle beobachtet, bei welchen im Anschluss an dieses chirurgische Unglück der Exitus sich einstellte.

Schauta[3]) ist nach dieser Richtung hin wohl etwas zu übertrieben vorsichtig, wenn er während der Operation

---

[1]) Pozzi. l. c.

[2]) Gusserow. Erfahrungen über Pyosalpinx. Arch. f. Gyn. Bd. XXXII.

[3]) Schauta. l. c.

die Vornahme der bakteriologischen Prüfung des bei der Laparotomie ausgeflossenen Eiters verlangt; ergiebt diese Untersuchung Strepto- oder Staphylococcen, so soll auf jeden Fall die Drainage des Douglas nach Mikulicz vorgenommen werden. Das heisst doch diesen Feinden gegenüber mit Nichtachtung der normalen Wehrfähigkeit des Peritoneums zu viel Concesionen gemacht, wenn man die durch seine Abgeschlossenheit garantierte Integrität diesem Zwischenfall opfern wollte. Im Vergleich zu der Häufigkeit dieses Vorkommnisses ist die letale Consequenz jedenfalls eine sehr unerhebliche.

Die Blutungen aus den Adhäsionen können vermieden werden, wenn man sich zur Regel macht, nicht so gewaltsam vorzugehen und systematisch alles doppelt zu unterbinden, bevor man durchschneidet; immerhin wird es vorkommen, dass ganz besonders beim Emporheben des Tumors aus dem kleinen Becken und beim Losschälen aus den Verwachsungen ein Riss ins lig. latum oder ins lig. infundibulo-pelvicum sich einstellt, aber bei aufmerksamer Nachforschung, evtl. unter Zuhülfenahme der Gusserow'schen [1]) Methode (Beckenhochlagerung, Eventration der Därme, Empordrängen des Uterus und des Tumors von der Scheide aus) wird die Quelle der Blutung stets gefunden und verstopft werden können.

Das Gleiche gilt für das Anreissen eines benachbarten Organs (Blase, Darm), ein Ereigniss, das bei Anwendung der nötigen Vorsicht wohl nur selten passieren wird. Eben mit Rücksicht auf diese Gefahren kann einer systematischen Anwendung des Landau'schen [2]) Handgriffs, auf den dieser Autor bei der Entfernung der Pyosalpinx nicht gern Verzicht leisten möchte, nicht

[1]) Gusserow. l. c.
[2]) Landau. l. c.

wohl gut das Wort geredet werden, um so weniger als Tubensäcke, der Uterus, die Därme, das Netz gelegentlich derartig mit einander verwachsen sind, dass, ganz abgesehen von der oft unmöglichen Orientierung in diesem wirren Convolut, keine Rede davon sein kann, aus diesem Haufen miteinander verbackener Organe den Tumor auszuschälen. Tait [1]) behauptet freilich niemals einen Fall gehabt zu haben, bei dem die Entfernung des Tumors nicht geglückt wäre; daran ist gewiss nicht zu zweifeln, aber ob es den Patientinnen unter solchen Umständen immer geglückt ist durchzukommen, ist eine zweite Sache. Man kann sich jedenfalls sehr schwer eine Vorstellung davon machen, wenn man die Ratschläge [2]) hört, die Tait zum Zweck der Blutstillung bei solchen Fällen giebt und die ihm bis jetzt gewiss noch kein Chirurg nachgemacht hat.

Nachteile, welche die Laparatomie an sich mit sich brächte, sind kaum vorhanden; nach Angabe aller Autoren lassen sich die späteren Gefahren eines Bauchbruchs wesentlich einschränken durch eine exact angelegte Bauchnaht, sowie durch das Tragen einer sorgfältig gearbeiteten Leibbinde. Von Bauchnarbenkeloiden ausgehende Neuralgieen, wie sie von den französischen Autoren [3]) [4]) beobachtet sind und der Laparotomie zur Last

---

[1]) Tait. Edinb. med. Journ. March. 1886.

[2]) Tait. Edinb. med. Journ. 1886, March. Man packe zunächst das ganze Becken voll Schwämme, warte 15 Minuten, blutet es weiter, so wasche man die ganze Beckenhöhle mit verdünntem Eisenchlorid aus; vorzuziehen ist aber das Einlegen eines Drains und Anleitung der Wärterin, das sich im Becken ansammelnde Blut *auszupumpen*.

[3]) M. Péan. Traitement des Suppurations d'origine utérine. Annal. de Gyn. 1890. Lorsqu'elles échappent à ces inconvenients (der Leibbinde), elles se voient affligées d'énormes cicatrices

gelegt wurden, sind von anderen Seiten her nicht bestätigt worden: Die übrigen von den erwähnten Autoren gegen die Laparotomie an sich erhobenen Einwände sind mehr kosmetischer Natur und verdienen kaum ernsthafte Berücksichtigung in Fragen wo es sich doch thatsächlich um das Wohl oder Wehe eines Menschen handelt. Man hat vielmehr den Eindruck als ob alle diese Einwände eigens der neuen Péan'schen Operationsmethode zu Liebe hervorgeholt und nur proclamiert seien, um die altbewährte Methode der Tradition ein wenig zu discreditieren.

Die Prognose der Pyosalpinx-Laparotomie ist jedenfalls nicht schlechter zu stellen als bei einer Laparotomie aus anderer Indication auch. Sind die Individuen sehr heruntergekommen, sei es durch die anhaltenden Schmerzen sei es durch das hektische Fieber, so ist jede Laparotomie als ein heikles Ding zu betrachten, um so mehr, wenn infolge complicierter pathologischer Verhältnisse im Bauchraum die Operation zeitlich sehr ausgedehnt wird. Da wird sich gelegentlich der postoperative Shock trotz Anwendung von Excitantien, von Kochsalzinfusionen nicht hintenanhalten lassen.

Wenden wir uns nun zu der Frage, ob im Anschluss an die Eröffnung der Bauchhöhle die Exstirpation der Pyosalpinx oder nur ihre Incision und Drainage stattfinden soll, so muss auch hier von vornherein festgehalten werden, dass diese Frage principiell nicht entschieden werden kann, um so weniger als man in einer allerdings seltenen Anzahl von namentlich tuberculösen Pyosalpinxformen überhaupt nicht in der Lage ist, irgend

chéloidiennes, qui non seulement les déparent, mais déterminent parfois des douleurs insupportables.

[4]) M. Segoud. Hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes. Annales de Gynéc. 1891. Elle (l'hystérectomie) évite tous les inconvénients d'une cicatrice suspubienne.

etwas unternehmen zu können, weil eben auch der Technik Grenzen gesteckt sind. In allen andern Fällen wird die Methode im wesentlichen durch topographische Verhältnisse und technische Rücksichten bestimmt werden. Nimmt der Tumor mehr eine Mittellage ein, hält seine Ausdehnung sich innerhalb mittlerer Grenzen (von Ei- bis Orangengrösse), sodass er im Grossen und Ganzen im Bereich des kleinen Beckens liegt, ohne indessen von der Vagina aus erreichbar zu sein, so wird man unter allen Umständen versuchen müssen, nach vollständiger Ausschälung des Tubensackes die Exstirpation anzuschliessen, und zwar wird sich dieses Verfahren dann besonders empfehlen, [1]) sobald im klinischen Bilde überwiegend die perisalpingitischen Symptome zu Tage treten und weniger die des Eitersackes.

Ist der Tumor dagegen aus dem kleinen Becken in das grosse gewachsen, hat er vielleicht schon gar Beziehungen zur vorderen Bauchwand genommen, so wird man auf seine Exstirpation verzichten und zweizeitig oder einzeitig operieren. Liegt er der Bauchwandung hart an, so wird man einen Teil seiner Oberfläche mit einem Teil der Incisionsöffnung vernähen, die übrige Bauchwunde schliessen und nach erfolgter Punktion mit dem breiten Stachel Troicart die Punctionsöffnung mit dem Messer erweitern und drainieren. Liegt der Tubensack der Bauchwandung dagegen noch nicht an, so wird man ihn vorsichtig in die Höhe ziehen, durch zwei feine scharfe Häckchen einen Teil seiner Oberfläche fixieren, hier den Troicart einstossen, nach der Entleerung seines Inhalts diese Punctionsöffnung wieder vernähen, seine Oberfläche dann mit den Rändern der Bauchwunde umsäumen, die übrige Bauchhöhle schliessen und dann erst,

[1]) Landau, l. c.

sei es mit dem Messer, sei es mit dem Paquelin, breit incidieren und drainieren oder man wartet [1]) mit der Incision noch einige Tage bis der Abschluss gegen die Peritonalhöhle zu Stande gekommen ist oder man erzielt diesen Abschluss durch Jodoformgaze-Tamponade.

Im allgemeinen müssen wir Landau Recht geben, wenn er das zweizeitige operieren verwirft. Ist der Sack exact mit der Bauchwand vernäht, wird der Inhalt zunächst durch einen Troicart abgelassen, so besteht kaum Gefahr, dass bei sachgemässer Drainage noch nachträglich Inhalt an der Incisionsöffnung und den Nahträndern vorbei in die Peritonealhöhle aussickert, weil durch Entleerung ihres Inhalts die Tube von ihrem Ueberdrucke befreit ist und bei Rückenlage der Kranken etwa zurückgebliebenes oder neugebildetes Secret zunächst in den unteren und dorsalen Partieen stagnieren wird. Auch ist es chirurgisch jedenfalls stets vorzuziehen, wenn die Operation auf dem Operationstisch in einer Sitzung vollständig zum Abschluss gebracht werden kann.

Sind ausnahmsweise die Verhältnisse einmal so günstige, dass eine gegen die Bauchwand dislocierte Pyosalpinx nur unbedeutend mit ihrer Umgebung verwachsen ist, so dass ihre Lösung auf keine technischen Schwierigkeiten stösst und ungefährlich ist, hat man also die Wahl zwischen Exstirpation oder Incision, so wird die Exstirpation principiell vorzuziehen sein: um so mehr, wenn die Pyosalpinx einseitig oder wenn sie, wie bei infantilem Habitus, mehrfächerig ist. In ersterem Falle erweist man der gesunden Tube nur einen Gefallen, indem man radical einen Heerd beseitigt, bei dessen blosser Incision man die absolut sichere Garantie

[1]) Wiedow, Zur operativen Behandlung der Pyosalpinx. Centralblatt f. Gyn. 1884, Nr. 18.

doch nicht hat, dass die infectiösen Processe beseitigt und damit die Gefahr einer Propagation auf das zweite gesunde Organ ausgeschaltet ist. Aber auch bei der doppelseitigen Pyosalpinx wird man im Princip lieber die beiderseitigen Adnexe fortnehmen, nur dass eben bei doppelseitiger Erkrankung die Verhältnisse noch viel seltener operativ so günstig liegen werden, dass man ohne besondere Gefahr für das Leben der Kranken beide Säcke exstirpieren kann. Und im zweiten Falle ist mit der Eröffnung nur eines Heerdes so gut wie gar nichts gewonnen: man wird also bei manifestem infantilen Habitus nach W. A. Freund lieber die Tube ganz fortnehmen als sie incidieren, vorausgesetzt, dass die Umstände hierzu günstig. In häufigster Zeit hat Schauta[1]) in Vorschlag gebracht, die Entscheidung bei grösseren Tubensäcken, ob Exstirpation, ob Incision, abhängig zu machen von dem Ergebniss der während der Operation auszuführenden bakteriologischen Untersuchung. Ist der Eiter steril oder Gonococcenhaltig, so soll die Exstirpation, ist er Strepto- oder Staphylococcenhaltig, so soll die Incision in ihre Rechte treten. Schauta hat sich dabei von dem Gesichtspunkt leiten lassen, dass die Mortalität der Operierten bei Gonoccen-Pyosalpinx eine ungleich geringere (9 %) ist als dies bei Strepto- und Staphylococcen-Pyosalpinx (20 %) der Fall ist.

Zunächst fragt es sich, ob die längere Dauer der Operation bei einer Laparotomie ein so ohne weiteres gleichgültiges Ereigniss ist. Die Umständlichkeit des Schauta'schen Verfahrens, erst die Annähung des Tubensackes an die Bauchwand Schliessung der übrigen Bauchwunde, darauf bei positivem Ausfall der bakteriologischen Untersuchung wieder die Lösung aller dieser

[1]) Schauta, l. c.

Nähte und die endgiltige Exstirpation des Sackes dehnen, wenn sie auch noch so rasch ausgeführt werden, die Operationsdauer über Gebühr aus, so dass dieses mehr von Zeitaufwand bei dem oft sehr heruntergekommenen Zustande der Laparotomierten jedenfalls gewichtig in die Waage fallen muss.

Auch ist gar nicht einzusehen, warum man sich die Möglichkeit einer Pyosalpinx-Exstirpation entgehen lassen soll, wenn diese technisch ohne Gefahren für die Kranke auszuführen ist, mag der Tubeninhalt nun wirklich auch einmal Staphylo- oder Streptococcenhaltig sein. Die ganze zu Grunde liegende Anschauung, welche Schauta zu diesen praktischen Consequenzen inspiriert hat, ist gewiss ungemein richtig und verdiente, viel mehr berücksichtigt zu werden, als dies im allgemeinen der Fall ist, wenn man nämlich die klinische Dignität einer Pyosalpinx in erster Linie von der Qualität und der Virulenz der Infection abhängig macht; aber ich glaube nicht, dass man berechtigt ist, in therapeutischer Beziehung bei den Fällen, wo alle für eine Exstirpation günstigen Bedingungen vorhanden sind, die operativen Chancen dem unter solchen Umständen doch etwas übertriebenen Respekt vor der bakteriologischen Chimäre zu opfern.

Kurz erwähnen will ich nur, dass entsprechend unseren conservativen Grundsätzen selbstverständlich nur soviel stets exstirpiert wird als wirklich eben erforderlich ist [1]). Wenn irgend möglich, wird also das Ovarium der erkrankten Seite bei normalem Verhalten zurückgelassen. Leider kann sich der gute Wille nach dieser Richtung hin nur zu häufig nicht bethätigen wegen der technischen Schwierigkeiten. Häufig sind Tube und Ovarium so miteinander verbacken, oder in

[1]) Zweifel, l. c.

Schwarten vergraben, dass die Entfernung des einen ohne die des andern schlechterdings unmöglich wird.

Für die Nachbehandlung ist eine günstige Drainierung von grosser Wichtigkeit. Am glücklichsten werden sich noch immer die Fälle gestalten, wo die Möglichkeit einer gleichzeitigen Drainierung nach der Vagina hin vorhanden ist; dadurch wird am besten einer Secretretention vorgebeugt. Ist die Drainierung nur durch die Bauchdecken möglich, so wird viel leichter eine Eiterverhaltung zu Stande kommen können, weil die Basis des Sackes im kleinen Becken liegt und bei Rückenlage der Kranken das unter geringem Drucke stehende Secret der Schwere folgend sich hier ansammeln wird. Am besten wird dem entgegengearbeitet durch antiseptische Ausspülung der Abscesshöhle, die täglich ein oder mehrmals, je nach der Reichlichkeit der Absonderung, vorzunehmen ist. Wohlgemerkt darf die zu irrigierende Flüssigkeit nur unter sehr niedrigem Drucke stehen wegen der Gefahr der Perforation.

Aus den erwähnten Gründen wird es auch häufiger passieren, dass die Bauchdeckenfistel persistiert und sich gelegentlich nur sehr schwer schliesst, ein Nachteil, der gegenüber der Exstirpation des Tubensackes jedenfalls hervorgehoben zu werden verdient. Die Persistenz einer solchen Fistel kann, abgesehen von den subjectiven Beschwerden, welche die Kranken davon haben, nicht gleichgültig sein, weil besonders bei nachlässiger Pflege die Gefahr einer Secundär-Infection durch die Fistelöffnung besteht mit consecutiver Sepsis. Die chirurgischen Erfahrungen bei fistulöser Coxitis fordern dazu auf, auch diesem Umstande mehr Berücksichtigung als bisher zu schenken.

Hinzuzufügen wäre noch, dass die Aussichten, einen Tubensack zu exstirpieren, um so schlechter sich ge-

stalten, je länger man den Zeitpunkt der Operation hinausschiebt. Je länger man wartet, um so schwerer werden sich die durch die perisalpingitischen Processe bedingten anatomischen Verhältnisse im kleinen Becken entwickeln, um so häufiger wird man dazu gezwungen werden, von einer Abtragung der Adnexe abzustehen. Allerdings steht der Umfang der perisalpingitischen Veränderungen in geradem Verhältniss zu der Intensität der Infection, und neuerdings hat noch Prochownik [1]) auf Grund seiner Untersuchungen ermittelt, dass eine genaue Verfolgung der Operierten nachweist, dass eine völlig glatte Abheilung allein bei denjenigen Frauen erfolgte, deren Tubensäcke sich keimfrei erwiesen; nach ihm gestaltet sich der operative Eingriff, je länger man denselben hinausschiebt, um so schwerer, um so mehr trübt sich für den Einzelfall die Prognose sowohl den augenblicklichen als den Enderfolg betreffend.

Aus diesen Erfahrungen lässt sich nur die Lehre ziehen, dass, sobald eine manifeste Pyosalpinx bei nachdrücklicher Inangriffnahme allen conservativeren therapeutischen Bestrebungen unzugänglich ist, unter solchen Umständen die doch einmal nötig werdende Laparotomie bald zu machen sein wird, weil dann ein Zuviel von Zurückhaltung höchstens nur Schaden anrichten könnte.

In folgendem erlaube ich mir, elf Fälle mitzuteilen, die auf der Strassburger Klinik wegen Pyosalpinx durch die Laparotomie behandelt wurden.

[1]) Prochownik, l. c.

FALL I.

K. M. Nullip. Aufnahme Juni 1890.

Anamnese. Als Kind Scrophulose. Vor einem Jahr plötzliche Erkrankung mit Schmerzen und Auftreibung des Leibes; im Februar im Anschluss an die Influenza Wiederauftreten dieser Erkrankung, Zunahme der Beschwerden, rasche Abmagerung.

Status. Kein Fieber. Habitus infantilis universalis. Drüsennarben am Halse. Abdomen aufgetrieben, druckempfindlich, kein Ascites nachweisbar. Zu beiden Seiten des Uterus seitlich und hinter ihm liegen unbewegliche, mehrfach gewundene, mit Einschnürungen versehene Tumoren mit abwechselnd harten und weichen Stellen; beide reichen nicht sehr tief in den Douglas. Diagnose: Pyosalpinx tuberc. duplex.

12. VII. Laparotomie. In der linea alba eine nussgrosse mit käsigem Eiter gefüllte Abscesshöhle. Peritoneum parietale. Netz, Därme innigst mit einander verwachsen, Peritoneum und Därme mit grauen miliaren Knötchen besetzt, geringer, trüber Ascites. Von den in ein grosses formloses Packet verwandelten Genitalien fühlt man nur undeutlich etwas, zu sehen sind sie überhaupt nicht, da sie ganz in Schwarten eingehüllt sind. Der Bauch wird geschlossen, Drainage des Bauchwandabscesses.

Bei der Entlassung am 3. VIII. ist das Allgemeinbefinden bedeutend gebessert, nur noch unbedeutende Schmerzen im Leib. Status idem.

FALL II.

Frau K., 25 J., Ip. Aufnahme Februar 1891.

Anamnese. Pat. kommt wegen eines Vaginalwandprolapses.

Status. Temp. 38,7. Ascites. Ovarium sin. cystisch, von Wallnussgrösse; links vom Uterus geht ein dicker, platter Strang nach der Beckenwand in eine nussgrosse, derbe Masse über.

Einleitung einer Resorptionskur; Anfang April ist der Ascites fast verschwunden. Hinter dem Uterus sind faustgrosse, prallgespannte Tumoren zu fühlen, welche eine Einsattelung zwischen sich haben und sich in den Douglas fortsetzen.

Ichthyol-Glycerin-Tamponade. Salzsitzbäder. Da Pat. seit dem 18. IV. continuierlich fiebert und zusehends abnimmt, während die Tumoren wachsen, so wird am 8. V. die Laparotomie gemacht. Ueberall Verwachsungen des Netzes mit den Därmen, der Blase und dem Peritoneum parietale. Die Dünndarmschlingen sind unter sich und mit den Tubensäcken breit und fest adhærent, Tuben und Uterus sind nicht von einander zu differenzieren. Auf der linken Seite dieses Convoluts ein harter kastaniengrosser Knoten mit stellenweise käsigen Massen, Netz und Därme sind von den Tumoren absolut nicht zu trennen. Schluss des Bauches.

12. V. Exitus. Section vacat.

In dem ersten Falle hatte die Diagnose der tuberculösen Tubenerkrankung die Indication zur Laparotomie abgegeben, im zweiten Falle war anfangs eine präcise Diagnose überhaupt nicht möglich gewesen. Hier boten der palpatorische Befund der Genitalien, der objectiv wahrscheinlich noch durch den bestehenden Ascites reduciert wurde, im Verein mit den klinischen Erscheinungen so wenig Typisches, dass man zunächst gar nicht einmal berechtigt war, an eine von den Tuben ausgehende Erkrankung zu denken, sondern viel eher auf Grund des nachweisbaren Ascites eine chronische Peritonitis vermutet werden durfte. Diese Vermutung gewann anfangs an Wahrscheinlichkeit noch, als unter der eingeleiteten Behandlung thatsächlich der Ascites zum grössten Teile sich zurückbildete. Erst als mit dem Nachweis von Tumoren hinter dem Uterus, dem Auftreten von unregelmässigen Fieberbewegungen und dem Kräfteverfall der Frau das Krankheitsbild einen malignen Charakter annahm, war in hohem Grade die Diagnose auf einen specifischen Tubenprocess wahrscheinlich gemacht und damit auch die Indication zur sofortigen Operation gegeben.

Beide Fälle illustrieren in sehr anschaulicher Weise die Grenzen, welche gelegentlich der Technik durch die complicierten pathologisch - anatomischen Verhältnisse gesteckt sein können. Interessant bleibt dabei im ersten Falle der palliative Effect, den die Operation an sich oder das mit ihr verbundene Ablassen des Ascites auf das Allgemeinbefinden der Kranken ausübte, sodass die Kranke sogar mit wesentlicher Besserung ihrer subjecjectiven Beschwerden entlassen werden konnte. Es ist mir nicht gelungen, noch nachträglich zu eruieren, wie lange diese Besserung angehalten hat und wann Pat. ihrem Leiden erlegen ist.

FALL III.

Frau A. T., 41 J., Vp. Aufnahme August 1888.

Anamnese. Vor der letzten Periode Anschwellung des Leibes ohne äussere Veranlassung. In letzter Zeit dumpfe Schmerzen im Unterleib.

Status. Kräftige und blühend aussehende Frau. Ascites wegen des starken Paniculus nicht deutlich; Adnexe eben deswegen nicht distinct zu fühlen. Im ganzen lig. latum sin. knotige Verdickungen. Diagnose: chron. Peritonitis. Resorptionskur erfolglos. Ascites wächst.

Laparotomie 10. Nov. 1888. Viele Liter braunroten Ascites ohne Ausscheidungen. Peritoneum pariet. und Därme mit miliaren grauweissen Knötchen bis in Nabelhöhe übersäet. Ovarien im Douglas vollständig unbeweglich in Pseudo-Membranen eingebacken. Beide Tuben mit miliaren Knötchen übersäet. Die rechte Tube fest mit dem Peritoneum des Douglas verwachsen, die linke mit der flexura iliaca. Mühsame Losschälung der Säcke, wobei der linke einreisst und dicke grüngelbe Flüssigkeit entleert, die sogleich aufgetupft wird. Abbindung der Tuben, geringe Blutung. Peritonealtoilette. Reactionslose Heilung. Pathol.-anat. Diagnose (Prof. v. Recklinghausen): Tuberculose der Tubenwandung; miliare Knötchen der Schleimhaut, mit Eiter gefüllte Ausbuchtungen, welche bis unter die Serosa

reichen. Bei der Entlassung sehr gutes Allgemeinbefinden, kleine Bauchdeckenfistel.

Vom 3. Juni 1893 briefliche Mitteilung der Patientin, dass sie »gesund sei wie der Fisch im Wasser«, über gar nichts zu klagen habe; die Periode sei regelmässig, sehr stark und ohne Schmerzen; die Fistel sei damals gleich geheilt.

Auch dieser Fall bietet Interessantes in mehr als in einer Beziehung. Die zu Grunde liegende maligne Affection hatte sich so schleichend und harmlos entwickelt, hatte sich klinisch in so wenig prägnanter Form manifestiert, dass bei dem Fehlen jeglichen objectiven Befundes nicht einmal der Verdacht auf primäre Tubenerkrankung gerechtfertigt war und zunächst mit Rücksicht auf den bestehenden Ascites der Ausgangspunkt im Peritoneum selber gesucht werden zu müssen schien. Auch die Erfolglosigkeit der eingeleiteten Resorptionskur konnte hierin nicht irre machen, weil im Laufe der Beobachtung weder subjectiv noch objectiv etwas neues constatiert werden konnte. Nach neueren Erfahrungen ist aber chronische Peritonitis an sich eine Indication zur Laparotomie und in unserem Falle um so mehr, weil sich schliesslich doch herausstellte, dass der Ascites der Therapie zum Trotz sogar wuchs. Um so überraschter musste man bei der Operation werden, als man eine ausgebreitete Miliar-Tuberculose des Peritoneums vorfand, die ihren primären Heerd evident in der Tube hatte. Was war da zu thun? Sollte man sich damit begnügen, den Ascites zu entleeren und so die Heilung der chronischen Peritonitis abzuwarten, wie sie unzähligemale, von König besonders, beobachtet worden ist? Dieses Räsonnement war hier entschieden nicht angebracht, wo offenbar in beiden Tuben primäre, specifische Heerde zu suchen waren. Bei dem vortrefflichen Kräfte-

zustand der Frau durfte man kein Bedenken tragen, das vorhandene Virusdepot aus dem Organismus auszuschalten und auf diese Weise einer weiteren Propagation des entzündlichen Processes und Infection des Peritoneums vorzubeugen.

Wie richtig diese Ueberlegungen waren, zeigt der spätere Verlauf des Falles, indem die Frau nach fast fünf Jahren sich „gesund wie der Fisch im Wasser" fühlt. Dieses Resultat ist um so bemerkenswerter, als durch die mikroskopische Diagnose (Prof. v. Recklinghausen) die specifische Natur unseres Falles absolut sicher festgestellt ist.

Wir stehen hier vor demselben Rätsel, das die Heilung der chron. Peritonitis bietet in Fällen, wo neben Ascites die Darmschlingen, das Netz, das Peritoneum parietale mit miliaren, oft käsig erweichten Knötchen besäet sind; ob hier das Ablassen des Ascites, die Austrockung der Peritonealhöhle als Heilfactoren in Betracht kommen, ist nicht zu sagen. Bei der tuberculösen Pyosalpinx mit Miliartuberculose des Peritoneums, wo die Tube also evident den primären Heerd repräsentiert, von welchem aus durch das abdominale Ostium die Generalisation stattgefunden hat, ist vielleicht nach Analogie der chron. Pyosalpinx, wo der Inhalt im Laufe der Zeit seine infectiösen Eigenschaften einbüssen kann, die Hyphothese gestattet, dass der Eiter im Momente der Aussaat vermöge seiner relativ virulenten Eigenschaften zwar noch befähigt war, eine locale Tuberkelbildung aber ohne deren deletäre Folgen hervorzurufen; sei es, dass die Bacillen abgestorben oder vermöge ihrer herabgesetzten Lebensfähigkeit gegenüber der ungeschwächten Wehrfähigkeit des Peritoneums nur noch als locale Irritamente aufkommen konnten; mit dem Augenblick aber, wo der primäre Heerd eliminiert war, musste

dann auch notwendigerweise die Tuberkelbildung sistieren, überhaupt der pathologische Process im Peritoneum erlöschen.

Jedenfalls lehrt dieser eine Fall, dass selbst bei generalisierter Miliartuberkulose im Bauchraum nach Fortnahme des primären Heerdes in den Genitalien die Prognose eine ausgezeichnete sein kann. Man soll es sich zur Regel machen, die Exstirpation der Tuben, wofern sie möglich, nicht zu unterlassen, sowie etwa bei allgemeiner Carcinose des Peritoneums infolge primären Uterus oder Ovarialcarcinoms die Exstirpation des Ausgangsorganes unterbleibt. Im Gegenteil, es kann auf Grund dieser einen Erfahrung nicht nachdrücklich genug auf den Vorteil aufmerksam gemacht werden, den selbst in solch anscheinend verzweifelten Fällen die Fortnahme der erkrankten Tuben mit sich bringt.

FALL IV.

Frau V., 53 J., IX p. ein Abort. Aufnahme Mai 1891.

Anamnese. Seit drei Jahren ohne äussere Veranlassung Schmerzen im Leib, seit einem halben Jahr Anschwellung des Leibes.

Status. Starke Anæmie. Arteriosclerose. Milz vergrössert. Ascites. Auf der linken Seite des Uterus ein nicht deutlich zu umgrenzender, harter, höckriger Tumor. Geringe Temperatursteigerung. Resorptionskur erfolglos.

Laparotomie 28. Mai. Därme mit miliaren Knötchen bedeckt und gerötet. Die linke Tube bildet einen dicken geschlängelten, geröteten Strang, ist mit kleinen miliaren Knötchen besetzt, aus dem abdominalen Ende kommt etwas gelber, bröckeliger, käsiger Eiter heraus, die Tube kann ohne Schwierigkeiten entfernt werden. Rechts ist die Tube weniger voluminös, nicht mit Knötchen besetzt, ihre Auslösung ist schwierig.

8. Juni Exitus. Section (Prof. v. Recklinghausen): Perforations-Peritonitis, ausgehend von einer über dem letzten

Lendenwirbel gelegenen abscedierten Drüse. Hæmorrhagische Pleuritis rechts; myokarditische Heerde im linken Papillarmuskel. Mikroskopisch: Tuberkulose der Tubenwandung.

Wie in den drei ersten Fällen, so war auch hier die Indication zur Laparotomie gegeben, nach dem die Resorptionskur erfolglos geblieben. Interessant ist, dass die Tuberkulose der beiden Tuben hier sich in verschiedenem Entwicklungsstadium befand. Ebenso ist hier sehr schön die Genese der Miliartuberculose des Peritoneums klargestellt durch den aus dem abdominalen Tubenende ausfliessenden Eiter. Der schliessliche Exitus dürfte der Operation kaum zur Last gelegt werden können. Einmal ist das zeitliche Intervall (11 Tage) zu gross, um einen ursächlichen Zusammenhang mit der Operation gerechtfertigt erscheinen zu lassen, und dann war dieser Drüsenheerd offenbar schon älteren Datums und wäre auch ohne Operation doch früher oder später einmal perforiert.

FALL V.

Frau J. S., 33 J., nullip. Aufnahme Januar 1893.

Anamnese. Pat. hat seit ihrer Verheirathung stark abgenommen. Seitdem während der Periode jedesmal starke kolikartige Schmerzen im Unterleibe.

Status. Rechts und links vom Uterus zwei prall elastische Tumoren mit einer Einsattelung zwischen sich, der Tumor auf der linken Seite ist stärker entwickelt und reicht hinauf bis zum Eingang ins grosse Becken, der rechte bis zum Eingang ins kleine. Ovarien nicht nachweisbar. Diagnose. Cystische Degeneration beider Ovarien, Laparotomie 5. Januar. Die Tumoren sind unter sich, ausserdem mit dem Netz, Uterus und Rectum durch beide feste Stränge verbunden. Die Tumoren sind die Tuben, beide Ovarien von Wallnussgrösse sind mit kleinen Cysten

besetzt. Die Ausschälung der Tuben gelingt mit grosser Mühe, sie werden nebst beiden Ovarien abgetragen. Reactionslose Heilung.

Die Tuben entleeren beim Anschneiden Atheromähnlichen, geruchlosen Brei, die Innenwand der Ampulle trägt kleine knötchenartige Prominenzen. Mikroskop. Diagnose: Tuben, Tuberculose.

28. Januar. Pat. wird bei vollstem Wohlbefinden entlassen. An beiden Tubenecken etwa taubeneigrosse Exsudatmassen.

Unterm 30. Mai die briefliche Mittheilung, dass Pat. im allgemeinen sich wohl befindet und ohne irgend welche Beschwerden schaffen kann.

Dieser Fall zeigt, welchen bedeutenden Schwierigkeiten die diagnostische Beurteilung der Tubensäcke unterliegen kann. Weder die Anamnese noch die Untersuchung hatten ein Moment ergeben, das selbst nur den Schein eines Verdachts auf Pyosalpinx hätte hervorrufen können. Erst der diagnostische Irrtum führte zur Aufklärung der thatsächlichen Verhältnisse und konnte im Interesse der Kranken allerdings nicht bedauert werden, indem bei der noch ausschliesslichen Beschränkung der Erkrankung auf die Tuben eine gute Prognose quoad vitam et sanationem gestellt werden konnte. Wenn die Salpingektomie gleich mit der Oophorektomie combiniert wurde, so geschah dies im besonderen Falle deswegen, weil eben die, wenn auch nicht sehr beträchtlich ausgesprochene Degeneration beider Ovarien keine andere Wahl liess. Eine evtl. mögliche partielle Resection beider Ovarien wäre bei dem Fehlen beider Eileiter überflüssig gewesen, im Gegenteil wäre ein conservatives Verfahren hier, wo functionell keine Vorteile damit verbunden waren, vielleicht nur übel angebracht gewesen, weil Material zurückblieb, das evtl. später noch von frischem Degenerationsprocesse

eingehen und von neuem eine Laparotomie nötig machen konnte. Somit war die Salpingo-oophorektomia duplex hier durchaus berechtigt.

FALL VI.

Frau M. S., 32 J., nullip. Aufnahme August 1892.

Anamnese. Vor vier Wochen ist Pat. mit Schmerzen in der rechten Seite des Leibes erkrankt, angeblich in Folge einer Ueberanstrengung; dabei starke Schmerzen im rechten Bein.

Status. Temp. 38,2. Habitus infantilis der Genitalien; zu beiden Seiten des Uterus rundliche mit ihm rechts durch einen deutlichen Stiel zusammenhängende Tumoren, der rechte Tumor ragt bis zwei Querfinger unter den Nabel, erfüllt den Douglas und drängt den Uterus gegen die Symphyse. Diagnose: Pyosalpinx duplex, wahrscheinlich tuberculöser Natur.

Laparotomie 21. VIII. Geringer, leicht trüber Ascites, breite, bandartige Adhæsionen zwischen Netz, Dünndärmen, Uterus und Adnexen. Der Uterus ist ganz in Schwarten eingebettet und kaum zu erkennen. Beim Vordringen gegen den rechten Tumor eröffnet man eine zwischen Uterus, der adhærenten Flexur und dem Tumor gelegene, abgekapselte Höhle, aus der sich grüner, nicht riechender Eiter entleert. Ebenso reisst der Tumor an mehreren Stellen ein und beim Versuch, ihn hinten vom Douglas und den Därmen zu befreien, entleert er einen schmierigen, braunrötlichen Eiter mit käsigen Abscheidungen. Trotzdem gelingt durch schrittweise Unterbindung die Totalexstirpation der rechten Pyosalpinx. Die linke Tube zeigt ein vollkommen normales Verhalten. Reactionslose Heilung. Mikroskopische Diagnose: Tuberculose der Tubenwandung.

11. Nov. Patientin wird gebessert, aber noch immer sehr schwach entlassen.

5. Juni 1893. Mündliche Mitteilung der Schwester der Kranken, dass Patientin sehr bald nach der Operation wieder bettlägrig geworden sei, und namentlich in der letzten Zeit so schwach, dass sie kaum auf den Beinen habe stehen können; sie habe weniger über Schmerzen als über die entsetzliche Mattigkeit und Kraftlosigkeit geklagt. Pat. ist vor einigen Tagen zur Kur nach Baden-Baden gereist.

In diesem Falle war die Indication zur sofortigen Laparotomie gegeben, weil die Diagnose auf tuberculöse Pyosalpinx mit hoher Wahrscheinlichkeit gestellt werden konnte. Der offenbare infantile Habitus, das atypische, remittierende Fieber zusammengehalten mit dem Untersuchungsbefunde sprachen dringend zu Gunsten dieser Annahme. Freilich war auch hier ein diagnostischer Irrtum mituntergelaufen, der vor der Operation indessen kaum vermieden werden konnte. Derselbe ist offenbar darauf zurückzuführen, dass der typische, wurstförmige, durch scharfe Einkerbungen abgeteilte Tubentumor so exquisit ausgesprochen war, dass er bei den engen Raumverhältnissen leicht als doppelseitiger Tumor imponieren konnte.

Ferner bietet der Fall noch nach einer andern Richtung hin bemerkenswerte Gesichtspunkte. Erfahrungsgemäss ist doppelte Pyosalpinx häufiger als einseitige und diese empirische Thatsache gilt ganz besonders für die tuberculöse Form. Um so auffallender musste es sein, als die Operation ein anscheinend vollkommen normales Verhalten der linken Tube nachwies. Vergleicht man hiermit das klinische Verhalten, dass die Kranke zwar unmittelbar nach der Operation sich erholte, aber bald darauf wieder schwächer und schwächer wurde, immer mehr herunterkam, so dürfte die Vermutung viel Wahrscheinlichkeit für sich haben, dass es nachträglich noch zur Entwicklung einer linksseitigen tuberculösen Pyosalpinx gekommen ist. Vielleicht bestand eine Tuberculosis incipieus der linken Tube schon zur Zeit der Operation, nur befand sie sich etwa in den allerersten Stadien ihrer Entwicklung, sodass sie noch gar nicht einmal makroskopisch zum Ausdruck kam. Ein solches Verhalten würde aber notwendigerweise zur Folge haben

müssen, dass der sonst überall massgebende Grundsatz einer möglichst conservativen Behandlung hier aufgegeben werden muss und dass bei einseitiger tuberculöser Pyosalpinx auch die Exstirpation der anscheinend gesunden Tube anzuschliessen ist. Dafür ist die Tubentuberculose eine viel zu differente Erkrankung als dass es gleichgültig sein könnte, unter solchen Umständen ihr einen Boden zu lassen, auf dem sie von neuem zum Schaden des Organimus gedeihen könnte. Auch ist speciell in unserem Falle diese Vermuthung um so triftiger, als durch den infantilen Habitus eine gewisse anatomische Prädisposition dazu thatsächlich geliefert wird.

FALL VII.

M. Z., 24 J., nullip. Aufnahme Nov. 1888.

Anamnese. Im Frühjahr 1884 heftige stechende Schmerzen im Unterleib, Leib aufgetrieben, sehr druckempfindlich. Seitdem stets ein geringes Schmerzgefühl in der rechten Seite, sodass Patientin stets nur unter grossen Beschwerden schaffen konnte. Im Februar traten die Schmerzen wieder in alter Stärke auf. Aetiologisch besteht Verdacht auf Gonorrhœ.

Status. Keine Temperatursteigerung. Abdomen in beiden Inguinalgegenden sehr empfindlich. Uterus arcuatus. An jedem Uteruskörper seitlich und hinter ihm ein Tumor, der linke reicht bis tief in den Douglas, ist elastisch, schmerzhaft, wächst während der Periode nicht unbedeutend. Resorptionskur erfolglos. Patientin kommt immer mehr herunter.

Laparotomie 5. Dec. Das Peritoneum parietale und Netz fest miteinander verwachsen. Das Netz ist an der Blase, dem Uterus und der linken Tube adhærent, von ihm aus gehen Stränge in die Tiefe, zwischen denen zum Teil comprimierte Darmschlingen liegen. Der Uterus ist in pseudomembranen eingehüllt, beide Tuben bilden grosse Säcke, welche aufs innigste in der Tiefe adhærent sind. Beim Emporheben der rechten Tube reisst der Sack ein, der ausfliessende Eiter wird indessen auf unterlegten Schwämmen aufgefangen. Trotzdem gelingt die

Ausschälung, links ist die Entfernung der Tube nur mit der gleichzeitigen des Ovariums möglich. Bei der Entlassung am 29. Dec. ist der Uterus ganz beweglich, ohne Spur von Exsudat an seinen Kanten.

Aug. 1889. Periode regelmässig, mit starken Beschwerden, Allgemeinbefinden gut; Pat. kann sehr gut schaffen. Ab und zu treten heftige Schmerzanfälle auf, die vom Unterleib in den ganzen Bauch ausstrahlen.

Dieser Fall ist charakteristisch durch den chronischen Verlauf, welchen eine Pyosalpinx nehmen kann. Während eines vierjährigen Bestehens exacerbierte die Affection bei dem geringsten Anlass, Pat. wurde beim Arbeiten durch fortwährende Schmerzen im Leibe gequält, schliesslich total arbeitsunfähig. Es war von vorneherein nicht zu erwarten, dass ein so chronischer Process, der nebenbei niemals ordentlich behandelt war, noch auf eine Resorptionskur reagieren würde, um so mehr Grund lag zur Annahme vor, dass, wenn er wirklich reagierte, nach kurzer Zeit bei Wiederaufnahme der Arbeit das alte Leiden in alter Intensität sich wieder einstellte. Trotzdem wurde der therapeutische Versuch zunächst gemacht, ohne Erfolg, so dass die Laparotomie jetzt indiciert war, um so mehr als die während der menses erfolgte und constatierte Vergrösserung der Tumoren bewies, dass dieselben sich in einem sehr labilen pathologischen Gleichgewicht befanden. Auch liessen das Fehlen von Fieberbewegungen, die lange Dauer der Affection die peritonitischen Reizerscheinungen vermuten, dass wesentlich die perisalpingitischen Veränderungen das Krankheitsbild bestimmten. Die Operation bestätigte dies zunächst; sie gab ferner ein gutes Bild davon, welch schwere Gefahren von den pelviperitonitischen Veränderungen drohen können. Darmcom-

pression war schon in leichtem Grade vorhanden, daraus konnte im Handumdrehen Compressionsstenose, Ileus resultieren.

Ein absolut ideales, endgültiges Heilungsresultat ist, wenn man unvoreingenommen urteilt, bei diesem Falle nicht erreicht. Pat. hat sich zwar sehr erholt, kann arbeiten, aber dann und wann treten doch heftige Schmerzen im Unterleib auf, auch ist die Periode sehr schmerzhaft.

Bonilly [1]) hat das Verdienst auf diese Verhältnisse nachdrücklichst aufmerksam gemacht zu haben, er führt an als „insuccès ou accidents tardifs après l'ablation des annexes:

1. Poussées péritonéales récidivantes.
2. Persistance ou le retour des douleurs.

Man wird nicht irre gehen in der Annahme, dass diese Neuralgien hervorgerufen werden durch die Residuen der chronischen Pelviperitonitis, auch ist nicht zu vergessen, dass der Operateur selber seinerseits frische adhäsive Peritonitis künstlich hervorruft, indem er bei der Trennung der Adhäsion blutende oder verkohlte Stümpfe zurücklässt, die in diesem Sinne mit Leichtigkeit reizend wirken werden. Die Methode kann also möglicherweise einmal zum zweischneidigen Schwerte werden. Immerhin werden diese Erscheinungen niemals gegen die Methode an sich entscheiden können, weil sie einmal doch nur in einer sehr geringen Anzahl von Fällen sich geltend machen, und weil dann die Beschwerden doch meistens so weit gehoben werden, dass die Frauen ohne Nachteil wieder arbeiten können. Nach der neuesten Statistik von Schauta [2]) beträgt der Procentsatz der dauernd Geheilten 82,6 %.

[1]) Bonilly. Congrès français de Chir. Annal. de Gyn. 1891. p. 298.

[2]) Schauta, l. c.

FALL VIII.

M. F., 39 J., Dienstmädchen. Ip. 1 Abort. Aufn. Mai 1889.

Anamnese giebt keine Anhaltspunkte. Pat. hat seit Wochen anhaltend sehr starke Schmerzen im Unterleib, sodass sie vollständig arbeitsunfähig ist.

Status. Mitralinsufficienz. Hinter dem Uterus zwei überfaustgrosse, längliche, mit Einschnitten versehene Tumoren, die excessiv schmerzhaft sind. Resorptionskur. Pat. am 20. Juli fast vollständig gebessert entlassen. Der linke Tumor ist fast nicht mehr zu fühlen, der rechte nur noch als ein daumendicker, kaum empfindlicher Strang.

6. Nov. 1889. Wiederaufnahme. Tumoren stark vergrössert, sehr schmerzhaft. Resorptionskur. 30. Nov. gebessert entlassen.

4. Juli 1890. Patient ist total arbeitsunfähig. Beiderseits und hinter dem Uterus bilden die Tuben übermannsfaustgrosse, sehr schmerzhafte Tumoren. Resorptionskur hat diesmal nur wenig Einfluss. Laparotomie 25. Juli. Starke breite Adhæsionen der gewundenen Tuben mit den Därmen, dem Netz. Nach doppelter Unterbindung und Durchschneidung der Adhæsionen wird die rechte Tube abgetragen. Das Ovarium muss dabei, weil es vollständig mit der Tube verbacken ist, mit fortgenommen werden. Ebenso links. Ein beim Hervorziehen der linken Tube entstandener breiter, stark blutender Riss im lig. latum wird rasch durch Umstechung gestillt. Bei der Entlassung klagt Pat. noch immer über allgemeine Schmerzhaftigkeit und Druckempfindlichkeit des Leibes. Im Douglas geringe Massen fester Consistenz.

12. Juni 1893. Mündliche Mitteilung der Pat., dass es ihr in den letzten Jahren ganz vorzüglich gegangen sei, sie habe keinerlei Schmerzen mehr im Unterleib und habe stets ohne Beschwerden schaffen können. Gelegentlich grössere Beschwerden von Seiten des Herzens.

Dieser Fall zeigt in exquisiter Weise, wie ausgezeichnet gewisse Pyosalpinxformen der Resorptionsthe-

rapie zugänglich sind, wie unter ihrer Anwendung prompt in wenigen Wochen die subjectiven Beschwerden nachlassen, wie die Tumoren sich rapide verkleinern, unempfindlich gegen Druck werden und die Patientin wieder arbeitsfähig wird. Aber leider sind diese Erfolge meist nur passagere, die Recidive stellen sich zu rasch wieder ein, und wenn die Frauen der arbeitenden Klasse angehören, wo mit ihrem Gesund- oder Kranksein ihre Existenz steht oder fällt, da wird die chirurgische Intervention viel häufiger nötig werden und die Entscheidung hierzu unter solchen Umständen auch viel leichter fallen. Umgekehrt wird man bei Frauen aus den besseren Ständen, die ihrer Gesundheit leben können, viel zurückhaltender mit der Radicaltherapie sein dürfen, die Erfolge der Resorptionstherapie werden aus eben diesen Gründen nachhaltiger sein, man wird eine grössere Ausdauer bei ihrer Anwendung an den Tag legen müssen, ganz abgesehen davon, dass die Einwilligung zur Operation viel seltener zu erlangen sein wird.

In unserem Falle hatten sich die Versuche mit der Resorptionstherapie über einen Zeitraum von mehr als einem Jahre erstreckt, sodass schliesslich die Indication zur Exstirpation sich eigentlich von selbst ergab und das endgültige Heilungsresultat ist hier thatsächlich ein ideales gewesen, indem der gründliche Effect der Operation nach drei Jahren constatiert werden konnte.

FALL IX.

Frau M., 27 J., Ip. Aufnahme Juni 1892.

Anamnese. Am 8. Tage des fieberhaften Wochenbettes trat unter heftigen Schmerzen in der rechten Unterleibsseite in der rechten Leistengegend eine Geschwulst auf.

Status. 38,8. Ueber dem lig. Pouparti dextr. ein längsovaler Tumor von tympanitischem Schall; der Uterus ist rechts

an den von aussen zu fühlenden Tumor fixiert, Druck auf den Tumor bewirkt eine Abweichung des Uterus nach links. Eine Probepunction in der Inguinalgegend bleibt resultatlos. Bald nach der Untersuchung Schüttelfrost, Fieber, Schmerzen und Auftreibung des Leibes.

Am 14. Juni ist die peritonitische Reizung verschwunden. Ichthyol-Glycerin-Tamponade, Sitzbäder. Im Anschluss an die klinische Vorstellung und Untersuchung am 17. Juni abermals eine Vergrösserung des Tumors und peritonitische Erscheinungen. Opium. Antiphlogose. Am 12. Juni wird bimanuell constatiert, dass der Uterus Fundus den grössten Teil des von aussen zu fühlenden Tumors bildet, dicht hinter ihm nach rechts ein kleinapfelgrosser adhærenter Tumor. Ichthyol. Bäder.

17. Juni. Spontane Exacerbation der Peritonitis.

26. Juni. Die Erscheinungen sind zurückgegangen; der von aussen zu fühlende Tumor hat zwei fluctuierende Abteilungen.

Laparotomie 28. Juni. Der Tumor rechts ist mit dem Peritoneum parietale, dem Netz und den Därmen verwachsen, partieenweise Abbindung der Adhæsionen. Der Tumor kann jetzt in die Höhe gezogen werden, Unterbindung an der Uteruskante und des medialen Teils des lig. latum; nach hinten und unten ist der Tumor mit dem Cöecum verwachsen. Eine starke Blutung aus dem distalen Stumpfende wird durch nochmalige Umstechung am Uterus gestillt. Die linke Tube ist normal. — In den ersten Tagen leichte peritonitische Reizerscheinungen, dann allmählicher Temperaturabfall und stetige Besserung. Bei der Entlassung am 17. Juli ist rechts vom Uterus an der Stelle des früheren Tumor eine nicht druckempfindliche Resistenz.

14. Juni 1893. Mündliche Mitteilung, dass Patientin in den ersten Wochen noch ziemlich starke Schmerzen im Unterleib gehabt habe, die sich aber dann vollständig verloren hätten, so dass sie sich stets wohlbefunden und ohne Beschwerden hätte schaffen können. Augenblicklich ist Pat. im 7. Monate gravide.

In die Augen fallend bei dieser puerperalen Pyosalpinx ist die excessive Vulnerabilität, indem schon die unbedeutendsten Insulte ausreichend sind, um eine Exa-

cerbation hervorzurufen. Schon aus diesen Gründen würde es sich verboten haben, obwohl der Fall doch frisch zur Behandlung kam, ein anderes Verfahren, etwa das von Doléris empfohlene der Uterustamponade anzuwenden, weil sich bei einer so ausgesprochenen Reaction schon auf minime Insulte hin gar nicht absehen liess, ob nicht etwa bei Anwendung einer so brüsken Methode eine Ruptur des Tubensackes zu befürchten war. Da die antiphlogistische und Resorptions-Therapie hier vollständig im Stiche liessen, auch spontan auftretende Exacerbationen einen schwereren infectiösen Process vermuten liessen, so war nach mehr als 6wöchentlicher Beobachtungsdauer die Laparotomie jedenfalls indiciert.

Eine Veranlassung, den Tumor, obwohl er in der Inguinalgegend den Bauchdecken unmittelbar anlag, nur nach erfolgter Annähung zu incidieren und auf seine Exstirpation zu verzichten, war um so weniger vorhanden, als die Ausschälung des Tumors aus den Adhæsionen mit Beobachtung der nötigen Vorsicht sich ohne grössere Schwierigkeit vollziehen liess und somit die Adnexenentfernung sich von selber ergab. Wäre man nach Schauta'schen Principien vorgegangen, so hätte in diesem Falle die Annähung an die Bauchwand erfolgen und auf die Exstirpation verzichtet werden müssen, weil die puerperale Aetiologie jedenfalls die Anwesenheit von Strepto- und Staphylococcen sicher machte. Es fragt sich dann doch aber noch sehr, ob unter solchen Verhältnissen, wo der Uterus durch die Annähung und die später eintretende Schrumpfung starr gegen die Bauchwand fixiert worden wäre, auch wie in unserem Falle Conception hätte eintreten können, ob nicht die Verlagerung des Uterus secundär eine Deviation der gesunden Tube zur Folge gehabt hätte, die rein mechanisch, sei

es durch Abknickung oder sonst einen Modus, die Befruchtung hätte verhindern können. Von diesem Gesichtspunkt aus gesehen ist der eingeschlagene Weg jedenfalls als der rationellere zu betrachten.

FALL. X.

Frau L. F., 34. J., nullip. Aufnahme Mai 1888.

Anamnese. Vor drei Jahren Eierstockentzündung infolge von Erkältung. Pat. erkrankte vor fünf Wochen plötzlich mit Fieber, Erbrechen, Schmerzen und Anschwellung des Leibes, Schmerzen beim Stuhlgang, vor 3 Tagen Eiterabgang per anum.

Status. Stark anæmische, heruntergekommene Person. Temp. 38,4. Abdomen in der Unterbauchgegend durch einen den Bauchdecken eng anliegenden, kugligen, fluctuierenden Tumor leicht vorgetrieben. Kein Ascites. Rechts neben dem Uterus ein doppelt faustgrosser, fluctierender, sehr dünnwandiger Tumor, der nur wenig in den Douglas prominiert und mit dem von aussen palpablen Tumor correspondiert. Links von ihm aber höher oben ist ein zweiter derberer Tumor nachzuweisen. Es besteht eine leichte Vortreibung dieses Tumors oberhalb des sphincter tertius, auf deren Höhe die Schleimhaut ein feines Grübchen zeigt.

Laparotomie 5. Mai. Der Uterus ist in breite feste Membranen eingehüllt, der Tumor liegt der vorderen Bauchwand an, lässt sich mit grossen Schwierigkeiten nur teilweise mobil machen, es wird desshalb auf seine Ausschälung verzichtet, er wird an die vordere Bauchwand angenäht, und incidiert, es entleert sich ein halber Liter rahmigen Eiters. Der linksseitige Tumor ist derart mit dem Uterus und dem Colon descendeus verbacken, dass eine Ausschälung undenkbar ist, auch lässt er sich nicht soweit vorziehen, um an die Bauchwand angenäht werden zu können. An einer Stelle nahe dem Uterus ist Fluctuaction. Nach erfolgter Incision entleert sich Eiter, und man gelangt mit dem Finger ins Cavum uteri, das mit einer zweiten brüchigen dünnwandigen Höhle communiciert. Schluss der Incisionsöffnung durch sero-seröse Nähte. — Sofortiger Temp.-Abfall, die Reconvalescenz wird indessen hinten angehalten durch eine hypostatische Pneumomie mit remittierendem Fieber,

wodurch Patientin sehr herunterkommt. Die Bauchfistel schliesst sich, bei der Entlassung indessen immer noch geringer Eiterabgang per anum. Pat. hat sich erholt, kein Fieber, keine Schmerzen mehr.

In diesem Falle waren bei der Aufnahme der Kranken die Allgemeinerscheinungen so ernst, die durch das fünfwöchentliche Fieber hervorgerufene Prostration so hochgradig, dass die Vornahme einer Operation thunlichst gleich indiciert erschien, und zwar erhielt die Laparotomie den Vorzug vor dem vaginalen Wege, weil der rechtsseitige Tumor der Bauchwand unmittelbar anlag und ausserdem die Prominenz der Tumoren in den Douglas nur sehr wenig ausgesprochen war, sodass die Inangriffnahme vom hinteren Laquear aus entschieden Schwierigkeilen bereitet hätte. Ausserdem machte die Doppelseitigkeit der Affection ein, wenn technisch ausführbar, möglichst radicales Operieren wünschenswert, indem man hier, wo functionell nicht viel zu retten war, darauf bedacht sein musste, wenigstens möglichst günstige Chancen für eine gründliche Ausheilung herzustellen. Gleichzeitig demonstriert der Fall aber die Insufficienz der Laparotomie, wenn bei bestehender doppelseitiger Pyosalpinx deren Exstirpation sich als unmöglich herausstellt. Es wird stets unausführbar bleiben, zwei Tubensäcke in der median gelegenen Bauchwunde zu fixieren durch Nähte, vorausgesetzt, dass wirklich einmal alle beide der Bauchwand so weit genähert werden könnten, als dies zum Zwecke des Annähens erforderlich ist, es wird das schon aus dem Grunde unausführbar bleiben, weil die beiden Säcke sich niemals symmetrisch entwickeln werden, sondern meistens einer, sei es durch Volumen, sei es durch günstige Lage, prævalieren wird. Unter solchen Umständen würde nichts

anderes übrig bleiben, beim Fortbestehen bedrohlicher Erscheinungen, nach Ausheilung des einen Sackes und Schliessung der Bauchfistel den zweiten Sack durch eine zweite Laparotomie in Angriff zu nehmen. In unserem Falle war man freilich zunächst diesem Dilemma entrückt, weil der linksseitige Sack durch Perforation ins Cavum uteri und ins Rectum eine Art Naturheilung eingegangen war und abgewartet werden konnte, ob deren Effect anhaltend bleiben würde. Der sofortige Temperaturabfall lässt das vermuten, offenbar wäre derselbe nicht so prompt eingetreten, wenn in dem zweiten Sack ein florider Abscess fortbestanden haben würde; auch konnte von dem durch die Incisionsöffnung nahe dem Uterus eingeführten Finger in der zweiten wahrscheinlich der Pyosalpinx angehörigen Höhle kein Inhalt constatiert werden.

Eine Drainierung auch nach der Vagina hin wäre in unserem Falle jedenfalls ganz erwünscht gewesen; der Tumor prominierte indessen so wenig in den Douglas, dass dieses Vorhaben wohl nicht gut ausführbar erschien. Trotzdem müssen die Abflussbedingungen ausreichend gewesen sein, weil die Patientin bei der Entlassung nicht mehr fieberte und die Fistel sich vollständig geschlossen hatte, während doch gerade Bauchdeckenfisteln meist unter der Ungunst der anatomischen Localisation zu leiden haben und infolge dessen häufig recht hartnäckig persistieren.

FALL XI.

Frau C. K., 35 J., nullip. Aufnahme Nov. 1888.

Anamnese. Vor fünf Monaten Eierstockentzündung (?) aus unbekannten Ursachen. Seit der Zeit ist auf der linken Seite im Leibe eine Geschwulst, die Schmerzen sind so hochgradig, dass Pat. total arbeitsunfähig ist.

Status. 38,2. Habitus infantilis der Genitalien. Links und vor dem Uterus ein derber unebener Tumor, der mit ihm durch breite derbe Stränge in Verbindung steht und die regio inguinalis leicht vorwölbt. Antiphlogose. Anfang Dez. gebessert entlassen, Pat. will versuchen zu arbeiten. 26. Januar 1889 Wiederaufnahme. Pat. ist der anhaltenden Schmerzen wegen absolut arbeitsunfähig und in den letzten Tagen sehr heruntergekommen. 38,8. Trotz Antiphlogose anhaltendes Fieber.

Laparotomie. 9. II. Das Netz ist vollständig mit dem Tumor verwachsen. Nach doppelter Unterbindung der einzelnen Adhæsionsstränge wird ein Fünfmarkstückgrosser Bezirk des Tumors freigelegt, mit dem obersten Tumorteil sind Dünndärme und Quercolon so innig verwachsen, dass eine Grenze überhaupt nicht erkennbar ist; auch der Ausgangspunkt des Tumors bleibt unklar. Uterus und Adnexe sind weder zu sehen noch zu fühlen. Die Probepunction ergiebt Eiter von entsetzlichem Gestank. Mit einem Troicart wird $^1/_2$ Liter Eiter entleert, die Oeffnung vernäht und der Sack, nachdem er in die Bauchwand eingenäht ist, mit dem Paquelin eröffnet; man findet eine glatte Innenwand mit einzelnen Septen. Jodoformgaze-Tamponade.

Reaktionslose Heilung, prompter Fieberanfall, Nachlass der Schmerzen, bei gutem Allgemeinbefinden 6. März entlassen. Fistel secerniert noch.

21. Juni 1890 Wiederaufnahme. Der Leib ist auf der linken Seite in den letzten Wochen wieder angeschwollen. Durch die Bauchdecken palpiert man einen mannskopfgrossen, mit ihnen adhærenten Tumor, der auf Druck übelriechenden Eiter aus der Fistel entleert. Das hintere laquear ist durch einen Tumor vorgewölbt, der mit dem Bauchdeckentumor correspondiert. Eine durch die Fistelöffnung eingeführte Sonde ist im hinteren laquear zu fühlen. Nach der Untersuchung Schüttelfrost, Temperatur steigt auf 39,3.

Mit einem Scalpell wird die Fistelöffnung nach beiden Seiten erweitert, von hier aus eine stumpfspitze Tenette ins hintere laquear durchgestossen und von unten herein ein dicker Drain durchgezogen. Eine grosse Menge übelriechenden Eiters fliesst sogleich ab. Tägliche Ausspülung durch das Drain.

19. Juli Entlassung. Gutes Allgemeinbefinden, Pat. hat sich sehr erholt. Die Vaginalfistel geschlossen, die Bauchdeckenfistel secerniert nur noch geringe Menge dünnflüssigen Eiters.

Unterm 30. Mai 1893 die briefliche Mitteilung, dass Pat. seit der letzten Operation sich vollkommen wohl befindet und seither ohne die geringsten Beschwerden schaffen kann. Fistel längst geschlossen.

Die Indication zur Laparotomie war in diesem Falle durch die Erfolglosigkeit der antiphlogistischen Therapie gegeben, aber auch abgesehen hiervon, würden stets die totale Arbeitsunfähigkeit der Kranken, der Nachweis des infantilen Habitus eine Operation jederzeit empfehlenswert gemacht haben.

Wenn die complicierten Verhältnisse so wie so eine Exstirpation unausführbar gestaltet hätten, so wäre dieselbe in diesem besonderen Falle durchaus auch nicht wünschenswert gewesen. Die Probepunction hatte jauchigen Tubeninhalt festgestellt und das Ausfliessen derartig infectiösen Eiters bei der Herausnahme in das Cavum peritonei musste in der That als in hohem Grade gefährlich bezeichnet werden.

Der weitere Verlauf zeigte, dass die Drainage-Bedingungen hier in der That unzureichend waren, die Fistel schloss sich nicht, es fand Secretretention statt, schon nach Verlauf von drei Monaten hatte sich der alte fieberhafte Zustand wieder etabliert. Man wird nicht fehl gehen in der Annahme, dass mit Rücksicht auf den infantilen Habitus eine mehrfächrige Pyosalpinx vorlag, eine Annahme, die ihre Stütze dadurch erhält, dass bei der ersten Operation im Sacke distincte Septen nachgewiesen werden konnten. Auf diese Weise erklärt sich ungezwungen, wie eine zweite Abscesshöhle entstehen konnte, zum Glück für die Kranke nach einer Richtung hin, wo dieselbe in ungefährlicher Weise in Angriff genommen werden konnte. Die Combination der Bauchdecken mit der Vaginal-Drainage garantierte zwei

Abzugskanäle, welche einer abermaligen Secretretention Schwierigkeiten bereiteten. Ausserdem war die Abscesshöhle therapeutisch nun sehr gut für Ausspülungen zugänglich, sodass auch activ einer neuen Secretanhäufung entgegengearbeitet werden konnte. In der That konnte die Kranke schon nach 18 Tagen in sehr erholtem Zustand entlassen werden. Wenn die Vaginalfistel sich eher schloss als die Bauchdeckenfistel, so spricht das eben nur für die durch die Verhältnisse bedingte Opportunität der vaginalen Drainage, und man kann bemerken, dass unter solchen Bedingungen die prompte Ausheilung auch nicht auf sich warten lässt.

Wenden wir uns nun zu der Behandlung der Pyosalpinx durch die Incision des Douglas. Von vorneherein liegen die Verhältnisse viel natürlicher und durchsichtiger, wenn der Tubensack vermöge seiner anatomischen Lagerung an und hinter dem laquear posterius direct angreifbar ist. Es ist in solchen Fällen eigentlich vollkommen müssig, die Frage zu ventilieren, ob auch hier die Laparotomie stattfinden soll oder nicht. Im Einzelfalle würde man das nur als eine Umgehung des directesten Weges auffassen können. Die Verhältnisse liegen dann eigentlich kaum anders als sie bei der Eröffnung jedes beliebigen anderen Abscesses auch liegen. Wird die hintere Vaginalwand durch die Pyosalpinx vorgewölbt, so kann man sicher sein, dass durch adhæsive Entzündung ringsum ein ausreichend exacter Abschluss gegen die Bauchhöhle hergestellt ist. Ragt der Tumor nur mit seiner unteren Kuppe in den Douglas hinein, so kann man ihn sich von oben her entgegendrücken lassen. Die hintere Vaginalwand wird zwischen

zwei Seidenfäden quer durchtrennt, der eingeführte Finger überzeugt sich davon, ob ein Abschluss hergestellt ist oder nicht. Man stösst dann die stumpf-spitze Tenette in den Tumor ein, bringt ihre Branchen zum klaffen und erweitert dadurch diese Oeffnung genügend, um ein dickes Drain einführen oder um mit Jodoformgaze ausstopfen zu können. Wiedow [1]) hat auch hier im Falle eines mangelnden oder ungenügenden Abschlusses gegen die Bauchhöhle ein zweizeitiges Operieren empfohlen, während Landau [2]) alle Fälle einzeitig operiert sehen will, indem er bei mangelndem Abschluss den Tumor von oben sich entgegendrücken lässt und nach erfolgter Punction mit einem breiten Troicart lange Péan'sche Pincen mit kurzem Maule an Sackwandung und Scheide anlegt und so eine temporäre Vereinigung bewirkt. Für die Nachbehandlung ist Wert darauf zu legen, dass die Fistelöffnung sich nicht zu früh schliesst, sowie dass der Sack täglich unter geringem Drucke ausgespült wird.

Die Gründe, welche die Gegner [3]) [4]) der blossen Incisionen sowohl der abdominalen als namentlich auch der vaginalen bestimmen, sind offenbar die, dass die durch die Incision unangetastet gebliebene Hülle des Sackes, wenn dessen Inhalt auch entleert ist, ausreichend ist, Perimetritis Recidive hervorzurufen und so den endgültigen Heilerfolg sehr in Frage zu stellen. Dieser Einwand übersieht nur die Thatsache, dass die recidivierende Perimetritis weniger eine Folge des einmal adhærenten Sackes als vielmehr eine Folge seines Inhalts ist. In letzter Linie wird dieser Inhalt durch die gesteigerte Virulenz der Mikroorganismen, die durch

[1]) Wiedow, l. c.

[2]) Landau, l. c.

[3]) [4]) Péan, Segoud, l. c.

geeignete Momente hervorgerufen ist, zum Ausgangspunkt der Perimetritis.

Die ganze Frage wird sich also wesentlich darauf zuspitzen, ob dem Eiter auf diesem Wege genügender Abfluss geleistet wird, ob die Drainageverhältnisse günstige sind.

Diese Frage ist nicht unbedingt zu bejahen. Ganz besonders wenn die Pyosalpinx mehrfächerig ist, wenn sie zum Ausgangspunkt eines complicierten Beckenabscesses geworden ist, wo hier abgekapselte Heerde bestehen, wo dort vielverschlungene Fistelgänge in benachbarte Organe führen, da wird sich die Drainage nach blos einer Richtung kaum als ausreichend herausstellen.

Fall XI illustriert diese Verhältnisse auf das deutlichste. Erst als die vaginale Drainage practiciert werden konnte, trat durch Verkleinerung und Schrumpfung der Abscesshöhle Heilung ein und zwar so gründlich, dass die Patientin während dreier Jahre keinerlei Beschwerden mehr in ihrem Unterleib verspürt hat.

Im Gegensatz zu französischen Autoren muss dieses Resultat besonders hervorgehoben werden, insofern von jener Seite aus zu Gunsten der Péan'schen Methode immer wieder hervorgehoben wird, die Methode sei nicht radical genug, sie beeinflusse wohl das momentane Symptomenbild in günstigem Sinne, aber das Zurückbleiben der Säcke bedinge auch die Perimetritis-Recidive mit ihrem hässlichen Einfluss auf das Befinden der Patientinnen.

Wägt man die beiden letzten Methoden, die abdominale und vaginale Incision gegeneinander ab, so hat der abdominale Weg offenbar den unverkennbaren Vorteil, dass der Bauchschnitt gleichzeitig die Gelegenheit einer

Autopsie in vivo bietet und eine evtl. radicale Behandlung sofort anzuschliessen erlaubt, während die Incision des Douglas die Unbequemlichkeiten einer Bauchnaht umgeht, raschere Heilung und günstigere Drainagebedingungen garantiert.

Nachstehend erlaube ich mir vier Fälle mitzuteilen, welche mit der Incision des Douglas behandelt sind.

FALL XII.

J. R., 28 J., Ip., Dienstmädchen. Aufnahme 28. April 1891.

Anamnese. Pat. musste während der letzten Periode schwer schaffen, erkrankte darauf mit Hitze und heftigen Schmerzen im Unterleib.

Status. 38,4. Dammriss 2. Grades. Gelber Fluor aus den Genitalien. Das hintere laquear ist stark durch einen prallen fluctuierenden Tumor vorgewölbt, der auch oberhalb des spincter tertius in's Rectum prominiert. Die Punction ergiebt dicken, rahmigen Eiter.

30. April. Die hintere Vaginalwand wird durch 2 Seidenfäden fixiert, quere Incision, Eröffnung des Douglas mit der stumpf-spitzen Tenette, $^3/_4$ Liter Eiter entleeren sich. Der Finger dringt in eine durch einzelne Septen abgeteilte Höhle. Tamponate mit Jodoformgaze — täglich Ausspülungen.

Sofortiger Temperaturabfall. Bei der Entlassung am 8. Juni ist die Fistel geschlossen, Tube und Ovarien sind auf beiden Seiten von einander zu differenzieren. Pat. hat sich ausgezeichnet erholt.

Am 12. Juni 1893 mündliche Mitteilung der Pat., dass es ihr seither ausgezeichnet gegangen sei, sie habe nie wieder Beschwerden im Unterleib gehabt und könne ohne jegliche Beschwerden schaffen.

FALL XIII.

K. H., 28 J., IIp., Dienstmädchen. Aufnahme 24. Nov. 1889.

Anamnese. Letzte Geburt vor 4 Jahren. Pat. ist seit zwei Jahren leidend, abgemagert, hat weissgelben Fluor, bei jeder

Periode heftige kolikartige Schmerzen. Pat. trägt seit Febr. 1889 wegen Prolaps einen Ring. Am 4. Tag der letzten Periode erkältete sie sich, erkrankte mit suppressio mensium, Frost, Hitze, Schmerzen im Unterleibe. Nach der von einem Arzt vorgenommenen Entfernung des Ringes trat Erleichterung ein.

Status. Hochstand des Zwerchfells, Abdomen aufgetrieben, druckempfindlich, in den untersten Partieen eine grössere Auftreibung, welche, äusserst druckempfindlich, percutorisch Dämpfung ergiebt. Diese Auftreibung besteht aus zwei Tumoren, welche, beiderseits nach oben diffus abgegrenzt, eine Einsenkung zwischen sich haben. Vorwölbung des hinteren laquear durch einen schmerzhaften, weich fluctuierenden Tumor, dicht unterhalb desselben eine circuläre, leicht blutende Einkerbung (Ring-Ulceration). Am 27. Nov. Erscheinungen von Ileus. Operation 28. Nov. Fixation der hinteren Vaginalwand durch zwei Seidenfäden; breite quere Incision. Massenhafte Entleerung von stinkender sero-purulenter Flüssigkeit. Der eingeführte Finger constatiert rechts oben einen zweiten sich vorwölbenden Tumor. Allmählicher Temperaturabfall.

Bei der Entlassung am 26. Jan. gutes Allgemeinbefinden, die Fistelöffnung secerniert nur noch Schleim, mit der Sonde dringt man 4—5 cm. tief ein, rechts neben dem Uterus eine harte, etwa wallnussgrasse, unempfindliche Geschwulst.

In Fall XIII. konnte es sich füglich nicht wohl gut um einen anderen operativen Eingriff als um die Incision handeln. Dagegen musste es in Fall XIV. anfangs fraglich erscheinen, ob man nicht besser daran thun würde, die Laparotomie vorzunehmen. Denn einmal handelte es sich hier offenbar um 2 Tumoren, und ferner waren dieselben durch Grösse und Ausdehnung bereits so gelagert, dass sie sich an der vordern Bauchwand markierten, also ohne Schwierigheiten von hier aus zugänglich sein mussten. Dazu kam noch, dass als alarmierendes Symptom Erscheinungen von Darmstenose sich hinzugesellten, die eine Revision an Ort und Stelle ebenfalls wünschenswert erscheinen liessen. Anderer-

seits war nicht zu verkennen, dass die foudroyanten peritonitischen Erscheinungen die Laparotomie momentan zu einem sehr misslichen Eingriffe machten. In diesem Sinne konnte die Incision des Douglas nur als ein sehr willkommenes Auskunftsmittel begrüsst werden. Der Eingriff an sich involvierte keine grösseren Gefahren, ein Umstand, der bei dem bedenklichen Zustande der Kranken von nicht zu unterschätzender Bedeutung war, und ein palliativer Effect durfte von vornherein auf jeden Fall von ihm erwartet werden. Bei dem Umfang der beiderseitigen Pyosalpinx war es immerhin fraglich, ob auch der Ileus sich dadurch meistern liess. Dann war aber noch jeden Augenblick die Möglichkeit vorhanden, nachträglich die Laparotomie auszuführen, sie bildete also in diesem Falle eine Reserve, mit der noch länger zurückzuhalten man dann allerdings keinen Grund mehr haben konnte.

Die Incision des Douglas hat in diesem ernsten Falle mehr geleistet als man füglich von ihr verlangen konnte. Wir können in der Beziehung dem Standpunkt Pozzi's [1]) nicht ganz teilen, der in der Operation nichts weiter als einen Notbehelf erblickt und bei einer Kritik dieser Methode ihren realen Wert entschieden zu streng beurteilt: je la considère comme une opération palliative qu'on doit réserver à une très-petite catégorie de cas. On pourra s'y résoudre par exemple, lorsque dans un cas urgent on ne saurait, faute d'installation suffisante, pratiquer une laparotomie. On devra encore recourir à la simple incision, si la malade, atteinte d'une maladie chronique, ne présente pas de chances notable de survie et ne saurait être exposée sans danger à une grave opération.

[1]) Pozzi, Remarques complémentaires sur la laparotomie pour le pyosalpinx. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. 1890. p. 786.

Dieses Urteil ist sicher zu schroff und verkennt, weil es selber für eine andere Operation plaidiert, die für geeignete Fälle offenbaren Vorteile dieser Operation, die in nichts weniger als in einer radicalen Heilung der meisten Fälle bestehen.

FALL XIV.

Frau H., 35 J., IIIp. Aufnahme 2. April 1891.

Anamnese. Vor 16 und vor 13 Jahren fieberhafte Wochenbette. Im Anschluss daran beide Male schwere »Unterleibsentzündung«. Seit der Zeit stets Schmerzen im Unterleib, welche während der Regel sich steigerten. Vor vier Jahren erkrankte Pat. plötzlich ohne äusseren Anlass mit Schmerzen in der linken Seite, eitrigem Ausfluss aus dem Mastdarm. Im Dez. 90 traten die Schmerzen in der linken Seite wieder acuter auf, starker eitriger Ausfluss, der zwei Monate anhielt.

Status. Sehr elende, heruntergekommene Person. Temp. 38,9. Der linken Kante des Uterus sitzt ein mehr als faustgrosser fluctuierender Tumor auf, der hinter dem Uterus im Douglas fixiert, das laquear stark vordrängt. Oberhalb des sphincter tertius eine Verdickung der Schleimhaut mit kleinster Oeffnung auf der Spitze. Probepunktion des Douglas ergiebt jauchigen Eiter. Incision des Douglas zwischen zwei Fäden, unter Druck von oben wird die stumpf-spitze Tenette eingestossen. Ein Liter jauchigen Eiters entleert sich, die Höhle zeigt Leisten und Buchten. Allmähliger Temp.-Abfall. Nachlass der Schmerzen. Bei der Entlassung am 20. V. entleert die Fistel nur noch geringe Mengen trüben Schleims. Gutes Allgemeinbefinden, nur noch unbedeutende Schmerzen. Der Tumor ist auf Kinderfaustgrösse geschrumpft, hart, unempfindlich. Unterm 2. Juni 1893 briefliche Mitteilung, dass Pat. sich vollkommen wohl befindet, nur gelegentlich treten unbedeutende Schmerzen in der rechten Seite auf. Pat. kann ganz ohne Beschwerden schaffen.

Auch in diesem Falle müssen wir für die Incision des Douglas das Recht in Anspruch nehmen, dass die Operation vollkommen ausreichend war, um eine defini-

tive Ausheilung des Processes zu Stande kommen zu lassen. Denn abgesehen von unwesentlichen Beschwerden hat das Resultat die Operation nunmehr bereits 2 Jahre überdauert, das Urteil ist damit, wenn ich mich so ausdrücken darf, wohl rechtskräftig geworden. Es ist gar nicht einzusehen, warum man unter solchen Umständen die Frauen den Gefahren eines schweren Eingriffes aussetzen will, wenn man die Mittel an der Hand hat, auf ungefährlicherem Wege den gleichen dauernden Erfolg zu erzielen. Es muss allerdings zugegeben werden, dass mit Wahrscheinlichkeit die Schmerzen in der rechten Seite auf eine bereits vorhandene oder in der Entwicklung begriffene Pyosalpinx zu beziehen sind, mit demselben Rechte muss aber auch das Zugeständniss verlangt werden, dass diese rechtsseitige Pyosalpinx jedenfalls zur Zeit der Operation noch nicht vorhanden war, somit also das Räsonnement, das die Veranlassung zur Incision des Douglas gab, auch heute noch voll und ganz zu Recht bestehen bleibt.

FALL XV.

Frau K. G., 34 J., 1 p., 6 Aborte. Aufnahme 15. IV. 1891.

Anamnese. Im Anschluss an den letzten Abort vor 3 Wochen erkrankte Pat. mit Hitze und Schmerzen im Unterleibe.

Status. Temp. 38,3. Keine Zeichen von Lues nachweisbar. Von der linken Uteruskante geht ein knolliger Tumor aus, während der Douglas von einem das hintere laquear verwölbenden schlaffen Sack eingenommen ist, der auch gegen das Rectum eine leichte Vorwölbung macht. Antiphlogose.

29. IV. Plötzliche heftige peritonitische Erscheinungen. Der Sack hinter dem Uterus ist prallgefüllt, wölbt jetzt die hintere Vaginalwand vor; Punction mit dem Gotin ergiebt $^3/_4$ l. stinkenden Eiters.

4. V. Der Sack ist wieder prall gefüllt. Temperaturen bis 39,5.

6. V. Incision des Douglas in der üblichen Weise und Tamponade. Reconvalescenz wird durch den Eintritt einer heftigen Cholelithiasis aufgehalten. Nachdem die Fiebererscheinungen sistierten, Ichthyol-Glycerin-Tamponade. Sitzbäder.

Bei der Entlassung am 18. VI. ist die Fistel fast vollständig geschlossen.

Wiederaufnahme 3. VIII. 1891. In den letzten Tagen kolikartige Schmerzen im Leib, anhaltende Obstipation. Nach rechts vom Uterus und mit ihm zusammenhängend findet man eine längsovale schmerzhafte Geschwulst. Am 6. VIII. plötzlich Eiter-Abfluss aus der Vagina, der Eiter kommt aus der früheren Incisionsöffnung. In der linken Inguinalgegend eine Infiltration, die der Beckenwand seitlich aufsitzt. Anhaltende Obstipation, kolikartige Schmerzen. Wiederauftreten der Cholelithiasis.

Es wird eine durch das Exsudat bedingte Darmstenose angenommen. Bauchmassage, Resorptionskur. Bei der Entlassung am 7. XI. wesentliche Besserung aller Beschwerden.

Auffällig ist bei diesem Fall, dass die Incision des Douglas erst relativ spät vorgenommen ist. Aber wir finden in der Krankengeschichte ausdrücklich vermerkt, dass bei der ersten Untersuchung der in den Douglas hineinragende Sack sich deutlich schlaff palpierte, als Beweis dafür, dass die entzündliche Exsudation jedenfalls noch in den ersten Stadien sich befand. Die Antiphlogose war also hier genau so gut indiciert, wie bei jedem anderen Abscess in statu nascendi, den man evtl. auf diese Weise noch coupieren kann. Warum indessen, als trotz dieser Behandlung der Sack incisionsreif wurde, die Punction mit dem Potin vorgenommen wurde, darüber habe ich in der Krankengeschichte keine Notiz finden können. Die Erfolglosigkeit dieses Verfahrens wird hier eclatant demonstriert: schon nach drei Tagen hatte der Sack seinen alten Status wieder erreicht und erst die breite Incision brachte auch hier die Heilung.

Der weitere Verlauf zeigte indessen, dass hier von

einer endgültigen Ausheilung nicht die Rede sein konnte. Es fragt sich nur, ob wir dieses negative Resultat der Mangelhaftigkeit der Methode zur Last legen dürfen, und ob wir in diesem Falle vielleicht besser gethan hätten, die Laparotomie auszuführen? Die Antwort kann nur in einem ganz entschiedenen „Nein“ bestehen. Denn eben die spätere Weiterentwicklung des Falles lehrte, dass nicht eine einfache uncomplicierte Pyosalpinx, sondern ein von einer Pyosalpinx ausgehender Beckenabscess vorlag. Dieser Schluss wird bei Berücksichtigung der klinisch konstatierten Thatsache, dass das Auftreten des Infiltrates in der Inguinalgegend und der Eiterabgang per vaginam zeitlich coindicierten, nach meiner Meinung zwingend. Ohne den thatsächlichen Verhältnissen Gewalt anzuthun, kann man sich ungezwungen vorstellen, dass secundär durch die Pyosalpinx hervorgerufene Eiterheerde, welche mit dem Sitze in der Gegend der flexura sigmoidea einerseits durch Druck oder Schwartenbildung Darmcompression, andererseits die Prominenz gegen die Bauchdecken bedingten, bei günstigen Communicationsverhältnissen rückwärts den Weg zu ihrem Ausgangspunkte und von da durch die alte Incisionsöffnung als den locus minoris resistentiæ in die Vagina gewannen. Denn nach links war von der Vagina aus von einem Tubensacke nichts zu eruieren: der Eiter musste also notgedrungen aus secundären, in der Nähe gelegenen Depots stammen.

Bleiben wir aber bei der Annahme einer derartigen Topographie stehen, so folgt daraus, dass einmal die Laparotomie nicht die Methode sein durfte, welche hier hätte zur Anwendung kommen sollen, dass andererseits aber auch die Incision des Douglas hier nicht für den Misserfolg verantwortlich zu machen ist, weil derartig complicierte Verhältnisse vorlagen, mit denen fertig zu werden sie niemals beansprucht hat.

Wenn also die Incision des Douglas keinen Erfolg haben konnte, weil multiple Eiterheerde bestanden und von der Incision höchstens der Ausgangsheerd eröffnet werden konnte, wenn die Vornahme der Laparotomie unter solchen Umständen eben wegen der diffusen Verbreitung des Processes, der Multiplicität der Eiterheerde als in hohem Grade gefährlich erscheinen musste, so wäre eigentlich nur noch die Methode von Péan als letztes Auskunftsmittel geblieben.

Aber ich bestreite, dass diese Methode hier zum Ziel geführt haben würde und stütze meine Ansicht durch einen neuerdings von Mauclaire & Pichevin[1]) mitgeteilten ähnlichen Fall, wo bei der Laparotomie am Eingang zum kleinen Becken ein Heerd eröffnet wurde, der durch Verklebung von Dünndarmschlingen und Adnexen abgekapselt war und innerhalb dessen frei und intact der proc. vermiformis vorgefunden wurde. Die Section wies später nach, dass die Fortnahme des Uterus nach Péan vollständig irrelevant geblieben wäre, weil der Heerd in viel zu grosser Höhe gelegen war, um durch die Exstirpation des Uterus in seiner Existenz gefährdet zu werden.

Theoretisch genommen gehörte also unser Fall in die Kategorie von Fällen, welche sowohl der Beurteilung wie der operativen Behandlung die grössten Schwierigkeiten bereiten können. Wenn trotzdem schliesslich eine relative Heilung eintrat, so gebührt der Dank hierfür in erster Linie der rettenden Selbsthülfe der Natur.

Wenn wir namentlich diesen letzten Fall im Auge behalten, so lässt sich gar nicht leugnen, dass noch eine

[1]) Mauclaire et Pichevin, Suppuration pelvienne unilatérale. Ann. de Gyn. Avril 1893. p. 395.

gewisse Reihe von Fällen übrig bleibt, bei welchen man mit den aufgezählten Methoden nicht zum Ziele kommt. Es soll hier indessen gleich voraufgeschickt werden, dass es dann wohl meist nicht um einfache uncomplicierte Pyosalpinxformen sich handelt, sondern mehr um die complicierteren Formen, wo die Pyosalpinx den Ausgangspunkt für die keinem bestimmten Gesetz gehorchenden, regellosen Beckenabscesse abgegeben hat. Das, was den pathologischen Process hier zu einem überaus folgenschweren für die Besitzerin macht, ist nicht das Bestehen der Pyosalpinx an sich, sondern die Multiplicität der durch die Pyosalpinx hervorgerufenen Eiterheerde. Der Eiter wird überall dorthin perforieren, wo er der Schwere folgen kann oder wo er die geringsten Widerstände zu überwinden hat. Demgemäss perforiert er entweder in Räume, die vorher durch adhæsive Entzündung mit consecutiver Verwachsung benachbarter Organe (Darm, Blase, Uterus, Beckenwand) abgekapselt sind oder zwischen die beiden Blätter des lig. latum (Pyocele periuterina von Landau) oder in anliegende Hohlorgane und giebt dadurch Veranlassung zur Fistelbildung. Andererseits kann von diesen secundären Eiterheerden aus, sei es durch Senkung, sei es durch neue Perforationen, wiederum eine Propagation des Processes eingeleitet und dadurch auf relativ kleinem Raume Verhältnisse geschaffen werden, die eine Orientierung — selbst an der Leiche — einfach unmöglich machen und eine rationelle Therapie vollständig illusorisch erscheinen lassen. Man begreift wohl, dass jede der erwähnten 3 Methoden hier unzureichend, wofern nicht überhaupt gerade lebensgefährlich ist: bei einer Laparotomie ist man überhaupt froh, wenn man einen nicht in einem præformierten Organe befindlichen Eiterheerd nur möglichst in Frieden lassen kann und die einfache Incision

und Drainage, von welcher Seite sie auch vorgenommen werden mag, leistet eben wegen der Multiplicität der Heerde gar nichts.

Insofern verdiente die Péan'sche Operation eigentlich mit viel grösserem Enthusiasmus aufgenommen zu werden als sie es thatsächlich wurde. Denn die zu Grunde liegende Idee ist so überaus gesund, geht von so richtigen, logischen, chirurgischen wie pathologisch-anatomischen Voraussetzungen aus, dass sie bei scharfer Einhaltung der Indicationen in Zukunft als eine wertvolle Bereicherung bei der operativen Behandlung der Pyosalpinx angesehen werden wird.

Die Péan'sche Methode geht von der natürlichen Vorstellung aus, dass wie bei jedem andern Abscess so auch hier einzig und allein alles auf eine ausgiebige Drainage ankommt, dass die letztere hier aber sehr häufig illusorisch wird, indem unzweckmässige Heilungsbedingungen ein Erlöschen des Processes nicht zu Stande kommen lassen, indem der durch chronisch-entzündliche Vorgänge starrfixierte Uterus unnachgiebig eine Verkleinerung der Abscesshöhlen nicht zulässt. Die Unzulänglichkeit der vaginalen oder abdominalen Methode liegt darin, dass eben in vielen Fällen immer nur eine Eitertasche eröffnet wird und so und soviel andere Eiterheerde einfach unberücksichtigt bleiben; damit ist natürlich für eine radicale Heilung nichts gewonnen. In dem Augenblick aber, wo der Uterus entfernt ist, werden auch diese verschiedenen Depots, welche die Gebärmutter in wechselnder Zahl ringsum einmauern, eröffnet. Ihr Inhalt findet nach der Scheide einen breiten ausgiebigen Abfluss und die Höhlen können sich nun auf dem Wege der Granulation gut schliessen und schliesslich schrumpfen. Es besteht somit keine Gefahr, dass Höhlen uneröffnet bleiben oder dass eine Secret-

retention stattfindet. Aber selbst wenn wirklich einmal ein Heerd uneröffnet bleiben sollte [1]), so wird man seine Eröffnung bei der guten Zugänglichkeit von der Scheide aus stets mit Bequemlichkeit vornehmen können. Wenn ein Vergleich gestattet ist, so wird durch die Fortnahme des Uterus gleichsam ein in die Scheide hinein sich fortsetzender Schacht geschaffen, in den von beiden Seiten her in verschiedener Höhe und verschiedener Zahl, je nach dem Vorhandensein der Depots, die Abzugsstollen aus den Einzellagern einmünden. Aus diesem Grunde will P é a n [2]) principiell die vaginale Totalexstirpation des Uterus als Methode der Wahl für diese Fälle reserviert sehen; gelingt die Totalexstirpation nicht, so genügt es, durch das Morcellement soviel vom Uterus fortzunehmen als man eben bekommen kann. In allen Fällen wird der Cardinalindication, der Drainage, auf das ausreichendste Genüge geleistet.

Diese Betrachtung lehrt eigentlich von selber, dass die P é a n'sche Methode ihre hauptsächlichste Contraindication aus technischen wie aus anatomischen Gründen dann haben wird, wenn die Eiterdepots nicht im Niveau sondern **oberhalb** des Niveaus des Uterus gelegen sind, sodass sie, wenn ich so sagen darf, mehr weniger die Fühlung mit dem Uterus verloren haben und für die Operation nicht die Garantie übernommen werden

[1]) S e g o n d, l. c., giebt für diese Fälle den Rat, die Eiterheerde aufzusuchen, soit en crevant purement et simplement les saillies fluctuantes qui bombent sous le doigt lorsqu'on explore par le toucher la cavité résultante de l'ablation de l'utérus, soit en pratiquant l'ablation des annexes.

[2]) P é a n, Traitement des suppurations d'origine utérine ayant pour siège l'utérus et ses annexes.
Annal. de Gyn. 1890, p. 151.

kann, dass die Fortnahme des Uterus thatsächlich diese Heerde öffnet und ihren Inhalt nach der Scheide hin zum Abfluss kommen lässt. Solche Verhältnisse waren in dem oben citierten Falle von Mauclaire u. Pichevin vorhanden und auf Grund dieses Falles haben die beiden Autoren folgendermassen ihre Meinung formuliert: la laparotomie restera toujours indiquée toutes les fois que les lésions annexielles sont haut situées et qu'elles ne forment pas autour de l'utérus des masses qui immobilisent cet organe et tendent à séparer la partie inférieure du bassin du reste de la cavité péritonéale. — Dans les cas douteux il est donc préférable de pratiquer tout d'abord la laparotomie, de s'assurer alors de l'étendue et du siège des lésions; puis, séance tenante, l'hystérectomie vaginale, avec ou sans morcellement, sera pratiquée, si elle seule peut permettre l'ablation ou l'ouverture des poches pelviennes suppurées.

Dieser Contraindication der Péan'schen Methode kann man sich um so eher anschliessen, als sie auf der gründlichen Beobachtung eines Falles beruht, der vorzüglich die ganzen Schwierigkeiten dieser Verhältnisse wiederspiegelt und also nur um so beweiskräftiger ist.

Jedenfalls hat der französische Autor das Hauptgewicht auf die Entfernung des Uterus gelegt, weil mit dessen Entfernung oder dessen Bleiben über das Wohl oder Wehe der Kranken entschieden ist. Aber ganz abgesehen hiervon, glaubt Péan[1]) schon aus dem Grunde nicht auf die Entfernung des Uterus verzichten

[1]) Segond, Hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes. Ann. de Gyn. 1891, p. 213, u. f. Notez que toujours on réalise cette précieuse indication de supprimer l'organe qui a dans l'immense majorité des cas, causé tous les désordres et qui peut être le point de départ de rechutes plus ou moins sérieuses chez les femmes, dont on enlève simplement les trompes et les ovaires.

zu dürfen, weil er den Uterus als Eingangspforte für neue Infectionen betrachtet, und er nach seiner Erfahrung eine ganze Reihe von Fällen beobachtet hat, in denen nach Abtragung der Adnexe die unerträglichen Schmerzen bestehen blieben und erst auch nach Entfernung des Uterus verschwanden, somit evident auf den Uterus als verantwortlich hierfür hinwiesen. Dieser Standpunkt ist in seiner ganzen Schärfe von Segond[1]) charakterisiert mit den Worten: nous estimons qu'il est bien plus sûr d'enlever l'utérus sans les annexes que les annexes sans l'utérus. Die Causalindication der Operation ist eben die Eröffnung der Eiterheerde und der kann auf keine andere Weise als durch die Uterus-Exstirpation Genüge geleistet werden.

Man muss gestehen, dass diese Methode im Princip alles leistet, was man überhaupt von einer Operation erwarten kann. Dazu kommt der bedeutende technische Vorteil, dass die genial ausgedachte Methode der temporär liegen bleibenden Klemmen es gestattet, die zeitraubenden und auf dem engen Operationsgebiet auch schwer auszuführenden Umstechungen bei Seite zu lassen und dabei doch ein absolut sicheres Mittel der Blutstillung an der Hand zu haben.

In prognostischer Beziehung liegen keine Gründe vor, die Operation als irgendwie dubiös zu bezeichnen. Die Gefahren liegen einzig und allein im Zustande der Kranken; je kachektischer das Individuum, um so weniger gut wird die Narkose vertragen werden, um so seltener wird der operative Collaps auf sich warten lassen.

In der deutschen Litteratur liegen so gut wie gar keine Mitteilungen über derartig gestaltete Pyosalpinxfälle vor, die nach der Péan'schen Methode operiert

[1]) Segond, l. c.

wären. Es scheint damit stillschweigend das Zugeständniss gemacht zu sein, als ob ein Bedürfniss nach neuen Operationsmethoden überhaupt nicht vorläge und als ob die Zahl der Vorhandenen vollkommen ausreichend sei, um für alle Fälle dem praktischen Bedürfnisse zu genügen. Allerdings war die Operationsmethode in der eigenen Heimat zunächst schon discreditiert [1]) worden: ihre Enthusiasten, darunter besonders Segond [2]), hatten den Kreis der Indicationen zur Péan'schen Operation gleich derartig über Gebühr erweitert und sie für längst bewährte Operationsmethoden substituirt in Fällen, in denen überhaupt gar keine Veranlassung zu einem Wechsel der Methode vorlag, dass die ursprüngliche Indications-Formulierung Péan's [3]) überhaupt gar nicht wieder zu erkennen war und die Operation infolgedessen mit einem gewissen Misstrauen aufgenommen wurde. Von diesem

[1]) Vergl. Pozzi, Ann. de. Gyn. 1891, p. 384. Pozzi craint que si l'hystérectomie se vulgarise, le vagin ne devient un gouffre au fond duquel se cachera l'ignorance, quelque fois même la mal honnêteté.

[2]) Segond, eodem loco, p. 213 u. f. Peu m'importe la nature des lésions; ce qui m'intéresse, c'est la bilatéralité. Certes, on ne peut toujours l'affirmer, mais quand on est certain de cette bilatéralité qu'il y »ait du pus ou *autre chose,* n'importe, je vous répéterai: faite l'hystérectomie vaginale!

[3]) Péan, Traitement des suppurations d'origine utérine ayant pour siège l'utérus et ses annexes. Annal. de Gyn. 1890, p. 151.

Dans les cas simples on peut se contenter de tarir immédiatement la source de la suppuration lorsque celle-ci est limitée à l'utérus. Lorsqu'elle est bien circonscrite au péritoine, au ligament large, à l'une des trompes ou des ovaires, il suffit de donner issue au plus par le vagin ou par l'hypogastre. Mais lorsque la suppuration est étendue à plusieurs de ces organs, qu'il existe des foyers multiples, vastes, adhérents aux viscères voisins, il est préférable de recourir d'emblée à l'hystérectomie vaginale totale.

Gesichtspunkte aus kann man die Skeptis begreifen, die in Frankreich und Deutschland Platz griff, die erst vorsichtig einmal abwartete, ob das Kind auch wohl im eigenen Hause gross werden würde.

Der einzige, der eine Nachprüfung dieser Resultate vorgenommen, sogar eine Modification des ursprünglichen Péan vorgeschlagen hat, ist Th. Landau [1]) gewesen. Derselbe macht darauf aufmerksam, dass auch bei der Péan'schen Operation die Gefahr bestehe, das durch Verklebung entstandene peritoneale Schutzdach zu durchtrennen und so eine Weiterverbreitung infectiöser Stoffe herbeizuführen. Landau verzichtet daher principiell auf eine Totalexstirpation und reseciert zur Vermeidung der Blutung und der Nebenverletzungen die Gebärmutter so weit, dass die Eiteransammlung mit weiter Oeffnung mit der Scheide communicieren kann.

Eine zweite Lanze zu Gunsten der Péan'schen Operation bei complicierter Pyosalpinx hat neuerdings Schauta [2]) gebrochen, der die Methode zu ihrem Rechte kommen lassen will in Fällen, welche die Incision des Douglas indicierten und in ihrem weiteren Verlaufe resultatlos blieben.

In Nachfolgendem erlaube ich mir, als Beitrag zu dieser Frage einen Fall mitzuteilen, der an der Strassburger Klinik kürzlich operiert worden ist und durch die Güte meines hochverehrten Lehrers Herrn Professor Freund mir überlassen wurde. Derselbe bietet in mehr als einer Beziehung Interessantes. Einmal ist der Fall ein gutes Paradigma zu den Pyosalpinxoperationen überhaupt, indem an einer Kranken gewissermaassen in nuce

[1]) Th. Landau, Zur Behandlung der chronischen Beckeneiterungen: Die Resection des Uterus. Centralbl. f. Gyn., 92 Nr. 35.

[2]) Schauta, l. c.

alle operativen Manöver ausgeführt sind, die bei der Behandlung der Pyosalpinx in Frage kommen, ferner deckt er die grossen Schwierigkeiten auf, denen die Beurteilung und Behandlung dieser Tubensäcke unterliegt, und endlich ist er geeignet zu zeigen, wie genial und glücklich die der Péan'schen Operation zu Grunde liegende Idee ist und wie diese Methode, wohlgemerkt in wirklich dazu geeigneten Fällen, es verdiente, mehr ausgeführt zu werden, als sie es bisher worden ist.

FALL XVI.

Frau B., 33 J. I p. 1 Abort. Aufnahme 28. V. 1892.

Anamnese. 1889 erste Geburt, spontan, fieberfreies Puerperium. 10. Febr. 1891 künstlicher Abort vom Arzte eingeleitet. Seit dieser Zeit andauernd Fieber bis zu 39°. Nach vier Wochen plötzlich starke Schmerzen im Unterleib und im Kreuz mit hohem Fieber. Der Leib war stark gespannt, ausserordentlich druckempfindlich. Besonders starke Schmerzen beim Stuhlgang und Abgang von Blähungen. Starke Abmagerung. Im April Nachlass des Fiebers und der Schmerzen, Pat. konnte Ende Juni das Bett verlassen. Bis Ende August vollstes Wohlbefinden. Dann stellte sich Eiterabgang aus dem Mastdarm ein, der bis jetzt angedauert hat. Die Periode war während der ganzen Zeit regelmässig, dauerte 2—3 Tage, mit geringem Blutverlust, geringe Schmerzen vorn im Unterleib. Im Anschluss daran stets etwa 8 Tage lang Temperaturerhöhung (38—38,5). Nach der vorletzten Periode am 25. April hohes Fieber (40,5°), etwa von 8 tägiger Dauer, während die letzte Regel am 22. Mai von keiner Temperatursteigerung begleitet war.

Status. Hochgradige Anämie. Schleimhäute intensiv blass, Haut wachsfarben, trocken, starke Abmagerung, nirgends Oedeme. Puls klein, sehr frequent. Temp. 38,2. Milzdämpfung vergrössert. Abdomen in den unteren Partien ziemlich vorgewölbt, in den oberen flach, leicht druckempfindlich. In den untersten Partieen unterscheidet man zwei Tumoren, beide aus dem Becken mit convexer Kuppe aufsteigend, zwischen sich eine Einsattellung. Uterus elevirt, Portio vorn an der Symphyse, rechts hinten

und seitlich vom Uterus ein prallgespannter Tumor, ebenso links. Der linke Tumor reicht tiefer in den Douglas hinein als der rechte. Per rectum fühlt man auf der rechten Seite oberhalb des sphincter tertius eine von ungleichen Höckern umgebene Vertiefung. Urin K. E. und K. Z.

30. V. Incision der Scheide zwischen zwei Seidenfäden, nachdem eine Probepunction aus dem l. Tumor Eiter ergeben hat. Hierauf vordringen mit der stumpfspitzen Tenette, beim Entgegendrücken des Tumors von den Bauchdecken her entleert sich plötzlich ein Strahl Eiter aus dem anus. Beim Anbohren des l. Tumors entleert sich kein Eiter. Der r. Tumor kann vom hinteren laquear aus nur mit Mühe erreicht werden. Jodoformgaze-Tamponade. Nach der Operation einstündiger Frost. Temp. 39,6°, in den nächsten Tagen heftige peritonitische Reizerscheinungen.

4. VI. Nachlass des Fiebers und der Schmerzen. Es soll die Periode abgewartet und Pat. dann zur Laparotomie vorbereitet werden.

Laparotomie. 20. Juni. Nach der Incision zeigt sich eine dünnwandige Blase, aus welcher mit der Punctionsspritze klare gelblich gefärbte Flüssigkeit entnommen wird. Die Blasenwandung wird von einer Pseudomembran gebildet, ebensolche Pseudomembranen schliessen das Operationsfeld nach allen Seiten ab. Erweiterung des Medianschnittes nach oben, man findet hier die Bauchhöhle frei, nach unten zu aber alles mit dem linken Tubentumor verbacken. Bei dem Versuche, die stark verwachsenen Därme abzulösen, entsteht eine reichliche Blutung, sodass von der Entfernung des Tubensacks Abstand genommen werden muss. Der Tubensack wird ringsum an das Periton. parietale angenäht, hierauf die Bauchwunde bis auf die eingenähte Stelle des Sackes geschlossen, sodann ein Troicart eingestossen, welcher von der Scheide aus gefühlt wird. Es entleert sich aus dem Troicart nur stinkende Luft und wenige Tropfen gelb-grünen Eiters. Nun wird von oben die stumpfspitze Tenette eingeführt und nach der Vagina hin durchgestossen, worauf sich massenhaft übelriechender Eiter mit Blut aus der Scheide entleert. Von der Scheide aus wird nach Erweiterung der Oeffnung ein daumendickes Drain bis durch die Bauchwand durchgezogen und hier mit einigen Fäden befestigt. Thymolausspülung. Der r. Tumor soll nach der Genesung von dieser Operation in Angriff genommen werden.

Allmählicher Temperaturabfall, Nachlass der Schmerzen. Reichliche Absonderung durch das Drain, Eiterabgang per anum.

27. VI. Bauchwunde per primam geheilt. Entfernung der Nähte.

13. VII. Pat. erwartet die Regel, deren Nähe sie aus einem Gefühl der Wärme in der linken Seite zu erkennen glaubt. Die Regel tritt aber nicht ein, sondern ein reichlicher eitriger Ausfluss aus der Bauchfistel wie aus der Scheide.

20. VII. Entlassung. Per rectum noch öfters Eiterabgang. Aus der Scheide wenig Ausfluss, dagegen fortwährend Ausfluss aus der Bauchfistel, sodass Pat. täglich frisch mit Holzwolle verbunden werden muss. Von der Scheide aus kann man leicht die ganze Fistel durchspülen, bei der Ausspülung geht immer eine grosse Menge übelriechenden Eiters ab. Der l. Tubensack ist nur noch als platter Tumor zu fühlen, der r. dagegen fast citronengross, liegt so hoch, dass er von unten her kaum zu tasten ist. Resorptionskur verordnet.

Wiederaufnahme 12. V. 1893. Die Vaginalfistel seit vier Monaten geschlossen. Per rectum noch wenig Eiterabgang, starke Secretion aus der Bauchfistel. Pat. hat in der letzten Zeit sehr abgenommen.

Status. Die Bauchfistel entleert auf Druck massenhaft grünen, fæcal riechenden Eiter. Die eingeführte Uterussonde findet reichlich Raum und gelangt einerseits bis dicht an die Scheidenwand, andrerseits bis dicht an die Mastdarmschleimhaut, auf welcher ein kleines Knötchen die Stelle der Perforation andeutet. Der r. Sack ist in Lage und Grösse unverändert, l. ist kein deutlicher Sack zu palpieren.

13. Mai 1893. Operation nach Péan: Umschneidung der Portio in üblicher Weise. Die Eröffnung des Douglas gelingt schwer, desshalb wird die Blase zuerst ganz hoch hinaufgeschoben und die Unterbindung der Parametrieen mehr von vorne gemacht. Starke Blutung. Wegen breitschwartiger Verwachsungen wäre es nicht gelungen, die übliche Art der Unterbindungen vorzunehmen, es wird desshalb rechts und links vom Uterus je eine Richelot'sche Klammer gelegt; nachdem die Abtrennung beiderseits erfolgt ist, entleert sich reichlicher übelriechender Eiter, und es gelingt nun allmählich, hinter den Uterus sich zu arbeiten und ihn von seinen Verwachsungen frei zu machen. Druck auf das Abdomen verstärkt den Eiteraus-

fluss. Die Klammern werden mit Jodoformgaze umwickelt und bleiben liegen. Entfernung der Klammern am 15. V.

Allmähliche Besserung und Temperaturabfall. Die Höhlensecretion ist nur in den ersten Tagen reichlich.

Am 15. VI. ist Pat. so weit erholt, dass sie ins Reconvalescentenheim entlassen werden kann. Die Oeffnung im Scheidengrunde ist noch für einen Finger durchgängig und man gelangt von hier aus nach beiden Seiten deutlich in zwei Höhlen. Noch immer besteht mässig reichliche, gelblich-seröse Secretion.

Wir haben es hier also mit einer Kranken zu thun, welche im Anschluss an einen artificiellen Abort inficiert, das Bild der chronischen Pyosalpinx mit acuten und subacuten Exacerbationen der Pelviperitonitis bietet. Dafür sprechen der ganze klinische Verlauf, ferner der Eiterabgang per anum, der objective Befund, der den Zusammenhang der durch die Bauchdecken palpablen Tumoren mit den von der Vagina aus palpablen nachweist, sowie endlich der Nachweis der Perforationsöffnung im Rectum. Von einer expectativen Behandlung konnte selbstverständlich nicht mehr die Rede sein, dafür war die Frau durch die protrahierten Fieberanfälle schon viel zu sehr heruntergekommen, ein actives Vorgehen war gar nicht zu umgehen.

Zur Laparotomie lag einstweilen kein Grund vor, weil die Tumoren ohne weiteres von der Scheide aus zugänglich erschienen und somit durch die Verhältnisse die ungefährlichere Methode von selber gegeben wurde. Nach dem Untersuchungsbefund konnte nicht erwartet werden, dass die topographischen Verhältnisse so wesentlich andere sein würden, dass der rechte Tumor von der Scheide aus überhaupt gar nicht zu erreichen war, und wenn die Anbohrung des linken Tumors mit der Tenette keinen Eiter ergab, während die kurz zuvor ausgeführte Probepunction die Anwesenheit desselben

konstatiert hatte, so konnte dieser Widerspruch nur so erklärt werden, dass verschiedene von einander abgekapselte Heerde bestanden. Die vaginale Methode hatte also in diesem Falle nach beiden Seiten hin ihre Insufficienz aufgedeckt: einmal war ihr die Auffindung des eigentlichen Eiterheerdes nicht geglückt, und zweitens war es ihr nicht gelungen, den rechten Tumor überhaupt nur in ihr Operationsgebiet zu ziehen. Damit war die Indication zur Laparotomie gegeben, da die Incision des Douglas an dem Status natürlich nichts ändern konnte und auch nichts änderte.

Aber auch die Laparotomie zeigte dieses Mal ihre Ohnmacht; die Adhæsionen waren so fest, die Blutungen so stark, dass eine Ausschälung der Adnexe aus diesem Gewirr lebensgefährlich, wofern nicht überhaupt vollständig unmöglich erschien. Unter so ungünstigen Verhältnissen, wo die Bauchhöhle doch einmal eröffnet war, blieb es das rationellste Verfahren, den Sack mit der Bauchwand zu vernähen, zu öffnen und nach oben und nach unten hin zu drainieren. Wie sehr es in diesem Falle darauf ankommen musste, auch für eine Drainage nach der Vagina hin zu sorgen, das zeigte sich hier sehr eclatant, indem bei der Oeffnung des Tubensackes von oben her nur eine geringe Menge Inhalt sich entleerte und dieser erst reichlich hervorstürzte, als auch nach der Vagina hin ein Abzugskanal eröffnet war. Der wesentlichste Nachteil der Operation war jedenfalls darin zu suchen, dass der rechte Tubensack vor der Hand vollständig unangetastet bleiben musste. Dadurch war einmal die Reconvalescenz in Frage gestellt, weil der noch vorhandene Eiterheerd jedenfalls gross genug war, um das bestehende Fieber zu unterhalten, andererseits war die Aussicht, zum zweiten Male eine Laparotomie vornehmen zu müssen

bei so complicirten Verhältnissen, weder für die Kranke noch für den Operateur sehr wünschenswert.

Man musste sich von selber sagen, dass die Arbeit kaum halb gethan sei. Trotzdem war der nächste Effect der Operation, die Eliminierung eines grossen Jauche-Depots aus dem Körper, die Herstellung einer allseitig ausgiebigen Drainage mit günstigen Abflussbedingungen ein unverkennbar guter. Die Temperatur fiel ab, das Allgemeinbefinden besserte sich stetig.

Nebenbei konnte hier die interessante Beobachtung des bedeutenden Einflusses gemacht werden, welchen die Menstruation auf bestehende pathologische Processe der Genitalsphäre ausübt. Schon anamnestisch hatte die Kranke die Angabe gemacht, dass fast regelmässig während der Periode eine mehr oder minder stark ausgesprochene Temperatursteigerung meistens eingetreten sei. Klinisch wurde diesmal zur Zeit wo der Termin der Regel fällig war, — die Pat. glaubte ausserdem deren Nähe bestimmt aus einem subjectiven Wärmegefühl der linken Seite zu erkennen — ausdrücklich constatiert, dass die Tumoren sich vergrösserten und ein reichlicherer, eitriger Ausfluss aus der Bauch- wie aus der Scheidenfistel sich einstellte. Man wird nicht fehl gehen in der Annahme, dass die fluxionäre Hyperämie zu den Genitalien als Folge der Ovulation auch die Secretionsbedingungen der Abscesshöhle günstiger gestaltete und eine reichlichere Ausscheidung aus den Fisteln zur Folge hatte, ebenso wie sie vor der Operation die Temperatursteigerung verschuldet hatte. Indessen lehrte der weitere Verlauf, dass die Drainagebedingungen doch wohl nicht so günstige waren, wie es anfangs geschienen hatte. Zwar hob sich die Temperatur niemals über 38 °, auch besserte sich langsam das Allgemeinbefinden, aber bei der Ausspülung durch die Scheidenfistel wurde jedes-

mal noch eine grosse Menge übelriechenden Eiters entleert; das konnte nur ein Beweis dafür sein, das in einer vielbuchtigen Abscesshöhle, in welcher die Communication der einzelnen Kammern untereinander eine fehlende oder eine mangelhafte war, jedenfalls eine Secretretention stattfand; das liess die endgültige Ausheilung sehr fraglich erscheinen. Die acht Monate später erfolgte Wiederaufnahme rechtfertigte diese Zweifel vollkommen. Die Scheidenfistel war allerdings geschlossen, dafür entleerte die Bauchfistel aber auf Druck massenhaft grünen, fæculenten Eiter. Pat. hatte freilich in der letzten Zeit nur etwas abgenommen, Schlaf und Appetit waren gut geblieben, konnte es indessen gleichgültig für sie sein, ob sie dieses Jauche-Depot, wenn auch anscheinend symptomlos, mit sich herumtrug? Musste nicht die Furcht gerechtfertigt erscheinen, dass zu der nun schon über zwei Jahre bestehenden Eiterung, im Falle dieselbe noch länger andauerte, amyloide Degeneration der Unterleibsorgane sich hinzugesellte? musste nicht befürchtet werden, dass evtl. eine accidentelle, secundäre Infection durch die Bauchfistel die Veranlassung zu einer foudroyanten letalen Sepsis wurde? ganz abgesehen davon, dass der rechtsseitige Tumor bisher überhaupt noch vollkommen unangetastet geblieben war und jeden Augenblick durch eine acute Exacerbation seinerseits ebenfalls Gefahren provocieren konnte.

Die grosse Frage war nur das Wie? der Operation. Von der vaginalen Methode konnte keine Rede sein. Die erste Operation hatte in diesem besonderen Falle ihre Unzulänglichkeit aufgedeckt; und eine zweite Laparotomie war hier von vorneherein absolut nicht indiciert. Waren die Schwierigkeiten bei der ersten schon derartige gewesen, dass man von einer radicalen Entfernung der Tubensäcke hatte Abstand nehmen müssen, so lag kein

Grund zur Annahme vor, dass inzwischen die Verhältnisse sich für eine Operation günstiger gestaltet hätten, dass vor allen Dingen Raum genug vorhanden sein würde, um auch den zweiten Sack an der Bauchwand zu fixieren und zu öffnen. Im Gegenteil musste man gegen eine Laparotomie die grossen Bedenken haben, dass ein Anreissen der Säcke bei den complicierten Verwachsungen, wie sie die erste Operation aufgedeckt hatte, kaum vermeidbar erschien, und ein unter solchen Umständen schwer zu verhinderndes Ausfliessen des jauchigen, hochgradig infectiösen Eiters in die Bauchhöhle jedenfalls sicheren Tod bedeutet haben würde. Wenn man die Frau nicht ihrem Schicksal überlassen wollte, so blieb als einziger Ausweg die je nach den Verhältnissen mögliche partielle oder totale Entfernung des Uterus nach Péan. Der unbewegliche starr fixierte Uterus war hier jedenfalls der Pfropf oder wie Landau sich treffend ausdrückt, das Spund im Fasse, das eine ausgiebige Drainage unmöglich machte, die Verkleinerung der Abscesshöhlen verhinderte und dadurch alle anderen operativen Versuche illusorisch machte. War der Pfropf erst entfernt und auf diese Weise ein ungehinderter Abfluss nach der Scheide hin gesichert, so waren damit alle Bedingungen erfüllt, deren jeder Abscess bedarf, um zur Ausheilung gebracht zu werden.

Dieser Fall mit seinen Antecedentien, den operativen Erfahrungen, die man an ihm gemacht hatte, ist ein vortreffliches Beispiel dafür, wie gesund die Idee ist, die den Péan'schen Anschauungen zu Grunde liegt, indem sie Fälle zu retten erlaubt, die anderen Methoden — wenigstens nicht ohne grosse Lebensgefahr für die Patienten — unzugänglich sind oder die, unbehandelt, mehr oder weniger früh einem sicheren Tode verfallen gewesen wären.

Wenn nach der Entfernung des Uterus sogleich reichliche Mengen übelriechenden Eiters sich entleerten und wenn durch Druck auf das Abdomen das Ausfliessen erheblich verstärkt werden konnte, so kann das nur als die unmittelbarste Probe auf das Exempel aufgefasst werden, indem eben sofort mit der Entfernung des Uterus die Abscesshöhlen eröffnet und dem Eiter nunmehr freier Abfluss in der Richtung nach der Scheide hin offen stand.

Der günstige Einfluss auf den Allgemeinzustand liess sich allerdings in den ersten Tagen nicht sofort constatieren, die Abendtemperaturen erreichten anfangs immer noch Höhen von 38,7, aber darüber wird man sich kaum wundern dürfen: die Frau war durch das über zwei Jahre sich erstreckende Krankenlager derartig heruntergekommen, ferner durch die häufigen Fieberanfälle, die Pelviperitonitis Recidive, dass ein so rascher Umschwung zum bessern schlechterdings nicht sogleich erwartet werden durfte. Einzig ausschlaggebend ist das endgültige Resultat, und da hat die Operation in unserem Falle das höchste geleistet, was man von einer Operation nur erwarten kann: sie ist lebensrettend gewesen.

Auf Grund dieses Falles halte ich mich für berechtigt, die Péan'sche Operation als vollgültig und strict indiciert für die operative Behandlung der complicierten Pyosalpinxformen in Anspruch zu nehmen und zwar halte ich sie für indiciert:

Wenn bei sicher nachgewiesener doppelseitiger Pyosalpinx nach erfolgloser Incision des Douglas oder nach resultatlos verlaufener Laparotomie die bestehenden Symptome ein actives Vorgehen wünschenswert erscheinen lassen.

Wie man sieht, sind das nur relative Indicationen;

aber in der Beziehung muss man sich entschieden auf Pozzi's [1]) Standpunkt stellen, der nachdrücklichst auf die conservativen und explorativen Vorteile der Laparotomie mit den Worten aufmerksam macht gerade im Gegensatz zur vaginalen Methode: la laparotomie a l'immence avantage d'être tout d'abord une incision explorative; elle permet dans l'immense majorité des cas enlever toutes les parties malades et *rien que ces parties.*

Die Diagnose steht eben zu häufig auf schwachen Füssen und wenn auch errare hum anum est, so wird man nur um so mehr Grund haben, die Kranken vor dem Risico eines solchen Irrtums nach Kräften zu schützen und lieber im Einzelfalle auf eine vielleicht sehr praktikable Methode Verzicht leisten als dass man zu radical ist, wo man, wie man vielleicht hinterher zu seinem Bedauern einsehen muss, hätte conservativ sein können.

---

[1]) Pozzi, Remarques complémentaires sur la laparotomie pour le pyosalpinx. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris 1890, p. 786.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Freund, für die liebenswürdige Ueberweisung des Materials und Herrn Dr. E. Riess für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit und die stets bereite Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.